

Leitfaden für den Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

Die KKH beabsichtigt, Versorgungsverträge als Rahmenverträge über die Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 (Adaptionshilfen) und 20 (Sitzringe) mit jederzeitigem Beitrittsrecht (§ 127 Abs. 2, 2a SGB V) zu schließen. Dem Vertrag kann ab sofort beigetreten werden.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigefügte Beitrittserklärung. Senden Sie die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat per E-Mail an folgenden Empfänger:

Stefanie Schulze
stefanie.schulze@kkh.de

oder per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

Achten Sie bitte darauf, dass, wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt wird, eine unterschriebene Anlage beigefügt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der Institutionskennzeichen auflistet.

Sobald Ihre Beitrittserklärung vorliegt, wird geprüft, ob die Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt sind. Sofern im Rahmen der Prüfung noch Fragen hinsichtlich des Beitritts zu klären sind, werden wir Sie kontaktieren. Sobald nachweislich alle Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt sind, erhalten Sie ein Bestätigungsschreiben. **Beachten Sie bitte, dass der Beitritt erst mit Zugang des Bestätigungsschreibens der KKH wirksam wird.**

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Stefanie Schulze vom Zentralen Hilfsmittelmanagement (E-Mail: stefanie.schulze@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3379) oder an Frau Andrea Fahlbusch (E-Mail: andrea.fahlbusch@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3309).

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

Hier: Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Adaptionshilfen und Sitzringe (Kaufprodukte)

Sehr geehrte Frau Schulze,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Adaptionshilfen (PG 02) und Sitzringe (PG 20) nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer
gemäß § 127 Abs. 2a SGB V
zum

Vertrag über
die Versorgung der Versicherten mit Adaptionshilfen (PG 02) und
Sitzringe (PG 20) - Kaufprodukte

Leistungserbringergruppenschlüssel: siehe Punkt 2

Leistungserbringer/Verband

Name und ggf. Rechtsform: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____
Ansprechpartner: _____
IK: _____

Erklärung:

1. Wir erklären hiermit den Beitritt zu dem o. g. Vertrag gem. § 127 Abs. 2a SGB V. Der Beitritt wird mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam. *[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]*
2. Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den *[Zutreffendes bitte ankreuzen.]*:
 - vollständigen Beitritt – LEGS 19.99.H30
 - teilweisen Beitritt zu folgenden Produktgruppen *[Zutreffendes bitte ankreuzen.]*:
 - Produktgruppe 02 Adaptionshilfen - LEGS 19.99.H31
 - Produktgruppe 20 Sitzringe - LEGS 19.99.H32

- Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie beigefügt.

Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V). Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

- Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten. Wir sind damit einverstanden, dass Änderungen und Ergänzungen des o. g. Vertrages uns gegenüber nach schriftlicher Bekanntgabe automatisch wirksam werden, es sei denn, wir widersprechen der Geltung der Änderungen schriftlich innerhalb einer Frist von 14 Tagen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

**über die Versorgung der Versicherten
mit Adaptionshilfen (PG02) und Sitzringe (PG 20)
(Kaufprodukte)
zwischen**

Leistungserbringer:

IK: _____

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

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

- nachfolgend KKH genannt -

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19.99.H30 bis 19.99.H32

Präambel

Der Vertrag wird nach den Grundsätzen des § 127 Abs. 2 SGB V geschlossen. Auftragnehmer im Sinne dieses Vertrages sind die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer, deren Gemeinschaften und Verbände (nachfolgend Leistungserbringer genannt); Auftraggeber ist die KKH.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit Adaptionshilfen und Sitzringe als Neukauf einschließlich aller damit im Zusammenhang stehender Leistungen, wie z.B. Bedarfsfeststellung, Einweisung/Beratung des Versicherten, Bereitstellung/Lieferung. Maßgebend für den Leistungsumfang/die Leistungsanforderungen sind die nachfolgenden Paragraphen.

Für die angegebenen Hilfsmittel (7-Steller) sind die Mindestanforderungen des jeweils vertragsgegenständlichen Hilfsmittels gem. den Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V zu erfüllen.

Die Hilfsmittel, die Gegenstand der Versorgung sind, sind anschließend aufgeführt.

Adaptionshilfen - Produktgruppe 02

Produktuntergruppen (6-Steller bzw. 7-Steller; Hilfsmittelpositionsnummer):

- 02.40.01 Anziehhilfen
 - 02.40.01.0 Anziehhilfe für Kleidungsstücke
 - 02.40.01.1 Knöpfhilfen
 - 02.40.01.2 Strumpf- bzw. Strumpfhosenanziehhilfen
 - 02.40.01.3 Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe

- 02.40.02 Ess-/Trinkhilfen
 - 02.40.02.0 Griffverdickungen für Essbesteck
 - 02.40.02.1 Griffverlängerungen für Essbesteck
 - 02.40.02.2 Halter für Essbesteck
 - 02.40.02.3 Halterung/Handspangen für Trinkgefäße/-becher
 - 02.40.02.4 Tellerranderhöhungen, aufsteckbar

- 02.40.03 Rutschfeste Unterlagen
 - 02.40.03.0 Rutschfeste Unterlagen

- 02.40.04 Greifhilfen
 - 02.40.04.0 Universalgriffe
 - 02.40.04.1 Greifzangen/Helfende Hand
 - 02.40.04.2 Greifhilfen für Wasserhahn
 - 02.40.04.3 Türgriffverlängerungen

- 02.40.05 Halter/Halterungen/Greifhilfen für Produkte zur Körperhygiene
 - 02.40.05.3 Toilettenpapiergreifhilfe

- 02.40.06 Schreibhilfen
 - 02.40.06.0 Schreibgriffe bzw. Schreibgriffverdickungen für Schreibgeräte

Lagerungshilfen – Produktgruppe 20

Produktuntergruppen (6-Steller bzw. 7-Steller; Hilfsmittelpositionsnummer):

- 20.39.01 Sitzringe
 - 20.39.01.0 Sitzringe, luftgefüllt
 - 20.39.01.1 Sitzringe aus Schaumstoff

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen:
 - Anlage 01 Preisblatt
 - Anlage 02 Datenübermittlung
 - Anlage 03 Abrechnungsregelung
 - Anlage 04 Formblatt Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung

§ 3 Geltungsbereich

Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH und aller durch die KKH betreuten Anspruchsberechtigten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln in der gesamten Bundesrepublik Deutschland.

§ 4 Vertragsteilnahme

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass über die vereinbarte Vertragslaufzeit die nachfolgenden Bestimmungen erfüllt werden:

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) sowie die Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV), in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Der Leistungserbringer nimmt die Pflichten eines Betreibers nach der Medizinproduktebetreiberverordnung in der jeweils gültigen Fassung wahr.
- (2) Die Eignung hat der Leistungserbringer grundsätzlich durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V für die vertragsgegenständlichen Versorgungsbereiche nachzuweisen.
- (3) Hat der Leistungserbringer das Präqualifizierungsverfahren noch nicht vollständig durchlaufen oder hat der Leistungserbringer eine so genannte individuelle Einzelfallprüfung¹ beantragt, so hat der Leistungserbringer als Nachweis die Bestätigung der Antragstellung der KKH vorzulegen. Innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Vorlage des in Satz 1 geforderten Nachweises ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Bestätigung gemäß § 126 Abs. 1a SGB V vorzulegen. Wird die Bestätigung nicht inner-

¹ mit der individuellen Einzelfallprüfung hat die KKH die jeweilige vdek-Landesvertretung beauftragt

halb der Nachfrist eingereicht, endet der Vertrag nach Ablauf der Nachfrist, ohne dass es einer auslösenden Kündigung bedarf (auflösenden Bedingung).

- (4) Nehmen Verbände, Einkaufs- oder Leistungsgemeinschaften an diesem Vertrag teil, ist der KKH eine Vertragspartnerliste der *teilnehmenden* Betriebe im Excelformat 2003 (oder einer Version bis Excel 2013) elektronisch (per E-Mail an die Adresse: zhm@kkh.de) zu übermitteln. In der Betreffzeile der E-Mail ist der Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) des Vertrages anzugeben. Die Liste umfasst folgende Kriterien:
- Angabe des Leistungserbringergruppenschlüssels (LEGS); Eintragung in Spalte "A", Zeile 1 der Exceltabelle
 - Institutionskennzeichen (IK); Eintragung in Spalte "A" ab Zeile 2 ff. der Exceltabelle
 - Vertragsbeginn ab (Datum; Format: TT.MM.JJJJ) je IK; Eintragung des Vertragsbeginns in Spalte "B" zum dazugehörigen IK

Vom Verband, der Einkaufs- oder Leistungsgemeinschaften ist sicherzustellen, dass die Vertragspartnerliste nur die IKn der Betriebe enthält, die aktuell am Vertrag teilnehmen (keine beendeten).

- (5) Die Vertragspartnerliste ist bei Veränderungen der *teilnehmenden* Betriebe eigenständig vom Verband, von der Einkaufs- oder Leistungsgemeinschaft zu aktualisieren/regelmäßig fortzuschreiben und der KKH ebenfalls unverzüglich elektronisch (per E-Mail) unter Angabe des LEGS an die o.g. Adresse zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, ist es der KKH nicht möglich die Rechnungen des Leistungserbringers zu begleichen. Die KKH aktualisiert ihrerseits den Datenbestand unverzüglich nach Eingang der aktualisierten Vertragspartnerliste.
- (6) Die Verbände bzw. die Einkaufs- oder Leistungsgemeinschaft stellen sicher, dass alle teilnehmenden Betriebe die Inhalte und Konditionen dieses Vertrages bekannt gemacht werden und sie die Leistungsvoraussetzungen gem. § 4 Abs. 1 bis 3 dieses Vertrages erfüllen.

§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten.
- (2) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde gemäß Leistungsbeschreibung und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.
- (4) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Versorgung gemäß Leistungsbeschreibung durchzuführen, sind vorzuhalten.
- (5) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen

über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.

- (6) Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (7) Die KKH ist berechtigt, die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben in geeigneter Weise zu überprüfen. Sie kann hierzu Testversorgungen und Besichtigungen der Betriebsstätten des Leistungserbringers durchführen. Der Leistungserbringer gestattet der KKH innerhalb der Betriebszeiten den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und Einsichtnahme über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie Dokumentation der erbrachten Leistungen.

Die KKH kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hinzuziehen.

- (8) Sofern sich der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner Leistungspflichten Dritter bedient, hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Dritte die hierfür erforderlichen fachlichen Anforderungen und sachlichen Voraussetzungen erfüllt. Der Leistungserbringer hat zu gewährleisten, dass die Pflichten nach diesem Vertrag für den jeweils übertragenen Aufgabenbereich auch gegenüber dem beauftragten Dritten vollumfänglich gelten.
- (9) Im Sinne der Qualitätssicherung besteht Einvernehmen darüber, dass die KKH berechtigt ist, zu ihren Versicherten, welche über diesen Vertrag versorgt wurden, Kontakt aufzunehmen.
- (10) Der Leistungserbringer ist verpflichtet alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen zu behandeln. Er ist nicht berechtigt, Versorgungen mit Hilfsmitteln abzulehnen, es sei denn, das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten ist durch konkrete Vorkommnisse gestört.

§ 6 Vertragsbeginn, Laufzeit und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 18.04.2017 in Kraft. Er gilt unbefristet.
- (2) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die KKH alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Adaptionshilfen und Sitzringe außer Kraft. Bereits genehmigte Versorgungen bleiben davon unberührt.
- (3) Diese Vereinbarung gilt für alle ab dem 18.04.2017 abgegebenen Adaptionshilfen und Sitzringe der in diesem Vertrag benannten Produkte. Maßgeblich für den Zeitpunkt ist das Ausstellungsdatum der vertragsärztlichen Verordnung.
- (4) Beide Parteien haben das Recht den vollständigen Vertrag mit seinen Anlagen und Anhängen mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende ordentlich zu kündigen. Eine Kündigung des Hauptvertrages schließt die Kündigung der Anlagen und Anhänge ein.
- (5) Erfolgt eine Kündigung des Vertrages durch den Leistungserbringer, hat er diese an folgende zuständige Stelle zu übermitteln:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

Maßgeblich für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist der Zugang des Kündigungsschreibens. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

- (6) Der Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung nach § 71 Abs. 4 SGB V.
- (7) Hiervon unberührt bleibt das Recht beider Parteien zur außerordentlichen fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund. Ein wichtiger Grund liegt neben den in § 18 genannten Gründen insbesondere vor, wenn gesetzliche Änderungen sowie gerichtliche oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen diesem Vertrag die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen.
- (8) Eine Kündigung aus wichtigem Grund ist insbesondere dann zulässig, wenn
 - a) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund gravierender Änderungen gesetzlicher Regelungen ihre Grundlage verliert oder wenn nach einer gerichtlichen Entscheidung diese Zusammenarbeit als wettbewerbswidrig oder sonst unzulässig beurteilt wird,
 - b) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund einer bereits erfolgten oder bevorstehenden Aufsichtsordnung durch die zuständige Aufsichtsbehörde unzulässig ist.
- (9) Sonstige gesetzliche Rechte und Ansprüche der KKH bleiben unberührt.

§ 7 Sonderkündigungsrecht

- (1) Die KKH ist insbesondere zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn:
 - a) die Leistungsvoraussetzungen nach § 5 nicht mehr gegeben sind,
 - b) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund einer bereits erfolgten oder bevorstehenden Aufsichtsordnung durch die zuständige Aufsichtsbehörde unzulässig ist,
 - c) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund gravierender Änderungen gesetzlicher Regelungen ihre Grundlage verliert oder wenn nach einer gerichtlichen Entscheidung diese Zusammenarbeit als wettbewerbswidrig oder sonst unzulässig beurteilt wird,
 - d) die geforderte Leistung nicht vertragsgemäß erbracht wird, weil die Qualität der erbrachten Leistung nicht der in der Leistungsbeschreibung geforderten Merkmale entspricht, bzw. vereinbarte Termine nicht eingehalten werden,
 - e) sie mit einer anderen Krankenkasse fusioniert. Die Kündigung kann ausschließlich innerhalb einer Ausübungsfrist von 6 Monaten ab Wirksamwerden der Fusion erklärt werden. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Monatsende. Schadenersatzansprüche des Leitungserbringers wegen der Ausübung dieses Sonderkündigungsrechtes bestehen nicht.
- (2) Die KKH kann vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag mit sofortiger Wirkung kün-

digen, wenn über das Vermögen des 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 KKH hat bei schwerwiegenden Vertragsverstößen nach § 20 dieses Vertrages ein Sonderkündigungsrecht.
- (4) Der Leistungserbringer hat ein Sonderkündigungsrecht, wenn sich die Modalitäten zur Genehmigungsfreiheit/Genehmigungspflicht gemäß § 24 ändern sollten. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Monatsende.

§ 8 Art und Umfang der Leistungen

Die Versorgung umfasst:

- die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung (§ 12 SGB V) mit Adaptionshilfen und Sitzringe über den Neukauf für das jeweils vertragsgegenständliche Hilfsmittel
- Bereitstellung/Lieferung der Adaptionshilfen und der Sitzringe
- die Beratung der Versicherten und Vorhaltung eines Servicetelefons
- Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Garantie/Gewährleistung

§ 9 Wirtschaftlichkeit/Qualität der Versorgung

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit über die vereinbarte Vertragslaufzeit erfüllt werden. Art und Umfang der Versorgung mit Adaptionshilfen und Sitzringe richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Die Versorgung muss dem Bedarf des Versicherten voll gerecht werden. Zudem gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt werden oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Der Leistungserbringer wählt das konkrete Produkt - unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen - aus.
- (3) Hat der Vertragsarzt/Facharzt hingegen ein konkretes Produkt verordnet, entbindet das den Leistungserbringer und die KKH nicht nach § 12 SGB V, die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt oder mit einem Produkt einer wirtschaftlicheren Produktuntergruppe zu prüfen.
- (4) Stellt sich im Rahmen der Bedarfsfeststellung durch den Leistungserbringer heraus, dass der Versicherte nicht mit einem Hilfsmittel der vertragsgegenständlichen Produktarten (7-Steller) versorgt werden kann, besteht kein Versorgungsrecht. Die KKH ist hierüber unverzüglich zu informieren. Der Leistungserbringer kann einen unverbindlichen Kostenvoranschlag zur Versorgung des Versicherten mit dem medizinisch notwendigen Produkt bei der KKH einzureichen. Die KKH ist in diesem Fall berechtigt, den Einzelauftrag im freien Wettbewerb zu vergeben bzw. dem Versicherten ein Wahlrecht einzuräumen.

§ 10 Personelle und fachliche (Mindest-) Anforderungen

- (1) Zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Einweisung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein, dass über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelung verfügt und welches über eine Zertifizierung gemäß § 31 Medizinproduktegesetz verfügt.
- (2) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass während der gesamten Vertragsdauer nur qualifiziertes Personal, d.h. Medizinproduktberater gemäß § 31 MPG, an der Versorgung mitwirkt und dies durch geeignete Nachweise belegt werden kann. Außerdem wird gewährleistet, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen und Produktschulungen teilnimmt und sich somit auf dem neuesten Stand bewegt. Dies ist entsprechend durch den Leistungserbringer zu dokumentieren.

§ 11 Medizinisch/technische (Mindest-) Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

- (1) Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und die Ausführung der Hilfsmittel ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V für die betreffende Produkt-(unter-)Gruppe in der jeweils gültigen Fassung und zum jeweiligen vertragsgegenständlichen Hilfsmittel.
- (2) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte den jeweils geltenden Normen und gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Insbesondere darf der Leistungserbringer nur Hilfsmittel liefern und zum Einsatz bringen, die nach den maßgeblichen Bestimmungen des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG in der jeweils gültigen Fassung über das erforderliche CE-Kennzeichen verfügen.
- (3) Sollte der Leistungserbringer während der Versorgung/Nutzung Kenntnis über auftretende Vorkommnisse oder beinahe Vorkommnisse erlangen, sind diese gemäß der Medizinproduktesicherheitsplanverordnung (MPSV) unter Verwendung der Anlage 04: „Formblatt Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung“ zu melden (Vgl. MPG).

§ 12 Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)

- (1) Der Leistungserbringer hat die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung bis zum Vertragspreis gem. der Anlage 01: „Preisblatt“ genehmigungsfrei vorzunehmen.
- (2) Die KKH hat das Recht, während der Vertragslaufzeit Genehmigungsfreigrenzen zu ändern oder neu zu definieren, oder die Genehmigungsfreiheit in eine Genehmigungspflicht umzustellen. Diesbezügliche Änderungen werden spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer angekündigt.
- (3) Soweit nach diesem Vertrag ein Kostenvoranschlag zu erstellen ist, ist dieser grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß Anlage 02: "Datenübermittlung" in der vorgegeben Form an die dort benannten Stellen zu übermitteln. Die Übermittlung an die KKH hat grds. spätestens innerhalb von 24 Stunden ab Vorlage der Verordnung, spätestens am nächsten Werktag, wenn die Frist auf einem Sonn- oder Feiertag fällt, zu erfolgen.

- (4) Bei vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln, die über die Genehmigungsfreigrenze fallen, bedarf es einer vorherigen schriftlichen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung der KKH entstehen, können nicht geltend gemacht werden.
- (5) Abweichend von der grundsätzlichen elektronischen Übermittlung hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, den Kostenvoranschlag auf herkömmlichen Wege gemäß Anlage 02: "Datenübermittlung" einzureichen.
- (6) Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung beizufügen, sofern die medizinische Verordnung der KKH noch nicht vorgelegen hat. Auf Verlangen der KKH ist die vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen.
- (7) Die KKH prüft die per elektronischen Kostenvoranschlag (eKV) übermittelten Daten bzw. die eingereichten Unterlagen und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern. Anderenfalls erhält der Leistungserbringer die für die Abrechnung notwendige Genehmigung im eKV-Verfahren bzw. die relevanten Unterlagen zusammen mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung). Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH.

§ 13 Ablauf der Versorgung

- (1) Die Leistungserbringung/Durchführung der Versorgung erfolgt gemäß den Regelungen des Rahmenvertrages.
- (2) Die Versorgung erfolgt in der Regel auf der Grundlage einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung nach Muster 16 (vgl. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V)
- (3) Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die KKH 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. Handelt es sich um eine Krankenhausverordnung, hat der Leistungserbringer das Institutionskennzeichen (IK) des verordnenden Krankenhauses auf dem Kostenvoranschlag (KVA) anzugeben.
- (4) Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche Verordnung, wenn sie 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,
 - 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.
- (5) 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.
- (6) Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen 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.
- (7) Erhält der Leistungserbringer eine vertragsärztliche Verordnung direkt vom Versicherten², so ist unmittelbar oder spätestens innerhalb von 2 Werktagen eine Versorgung durchzuführen, es sei denn, der Versicherte wünscht einen späteren Bereitstellungs-/Liefertermin, dieses ist entsprechend zu dokumentieren.
Der Leistungserbringer hat bei nicht Sicherstellung der Bereitstellungs-/Lieferfrist dem Versicherten unverzüglich über die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen Leistungserbringer zu informieren und diesem die Originalverordnung auszuhändigen. Alternativ kann der erstgewählte Leistungserbringer die begonnene Versorgung auch binnen weiterer 5 Werktage zu Ende führen, wenn er bis zur abschließenden Versorgung sicherstellt, dass der Versicherte mit einer Übergangsversorgung ausreichend versorgt ist. In beiden Fällen hat der erstgewählte Leistungserbringer etwaige Mehrkosten selbst zu tragen.
- (8) Erhält der Leistungserbringer die vertragsärztliche Verordnung per Post, nimmt er innerhalb von 24 Stunden - spätestens am nächsten Werktag - nach Eingang der vertragsärztlichen Verordnung, Kontakt zum Versicherten auf, um einen Termin für die Bereitstellung/Lieferung abzusprechen.

Dieselbe Vorgehensweise ist auch anzuwenden, wenn ein Versicherter eine vertragsärztliche Verordnung direkt bei der KKH einreicht. In diesen Fällen beauftragt die KKH direkt einen beigetretenen wohnortnahen Vertragspartner mit der Versorgung. Der Versicherte ist auch hier spätestens innerhalb von 2 Werktagen nach Beauftragung durch die KKH mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zu versorgen, es sei denn, der Versicherte wünscht einen späteren Bereitstellungs-/Liefertermin, dieses ist entsprechend zu dokumentieren.

Kann der Leistungserbringer die Bereitstellungs-/Lieferfrist nicht sicherstellen, ist der zuständige Mitarbeiter der KKH unverzüglich zu informieren.

- (9) Vor Inanspruchnahme der Leistung hat der Leistungserbringer den Versicherten zu beraten, welches Hilfsmittel geeignet und medizinisch notwendig ist. Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des

² Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur vom Versicherten gesprochen, schließt aber ggf. dessen gesetzlichen Vertreter oder dessen pflegende Personen/Angehörige ein.

Versicherten bestätigen zu lassen. Bei Bedarf ist die Beratungsdokumentation der KKH vorzulegen.

- (10) Sollte das vertragsgegenständliche Hilfsmittel preislich über der Genehmigungsfreigrenze liegen, was eine Ausnahme darstellt, ist ein Kostenvoranschlag gemäß § 12 des Vertrages mit einer Begründung, warum eine Versorgung mit einem genehmigungsfreien Hilfsmittel nicht erfolgen kann, einzureichen.
- (11) Der Leistungserbringer versorgt den Versicherten mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel und weist bei der Bereitstellung/Lieferung den Versicherten persönlich in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels analog § 5 MPBetreibV ein. Der Leistungserbringer führt eine Funktionsprüfung durch und informiert den Versicherten über die sachgerechte Reinigung und Pflege des Hilfsmittels.
- (12) Einweisung, Funktionsprüfung und Information über die sachgerechte Reinigung und Pflege sind durch ausgebildetes Fachpersonal durchzuführen, das mindestens über die Qualifikation als Medizinproduktberater i.S.v. § 31 MPG für die vertraglich geregelten Hilfsmittel verfügt. Ein Nachweis über die Personalqualifikation ist der KKH vom Leistungserbringer nach Vertragsschluss auf Verlangen unverzüglich in geeigneter Form vorzulegen.
- (13) Der Leistungserbringer dokumentiert die Beratung des Versicherten, die Bereitstellung/Lieferung des Hilfsmittels sowie die von ihm erbrachten Leistungen (Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels) einschließlich Funktionsprüfung auf einer Empfangsbestätigung oder dem Lieferschein und bestätigt dies durch Unterschrift.

Zur Dokumentation und als rechnungsbegründende Unterlage für die Abrechnung ist ein Lieferschein, eine Empfangsbestätigung (auch digitale Unterschrift des Versicherten) oder die Original-Unterschrift des Versicherten als Empfangsbestätigung auf der Rückseite der medizinischen Verordnung ausreichend. Als Lieferschein ist auch der Nachweis (z.B. Barcode, Paketnummer) für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, Post etc.) zulässig. Diese muss den Abrechnungsunterlagen beigelegt werden.

Sofern nur ein Lieferschein vorliegt, hat der Leistungserbringer ggf. auf Anforderung den Nachweis des Kurierdienstes beizubringen, aus welchem hervor geht, wann das Hilfsmittel zugestellt wurde und durch welche Person (Unterschrift) das Hilfsmittel angenommen wurde.

- (14) Die KKH behält sich vor, den Leistungserbringer während der Vertragslaufzeit zu der Übermittlung einer elektronischen Lieferbestätigung gem. Anlage 02: „Datenübermittlung“ Punkt 2 zu verpflichten.
- (15) Dem Versicherten ist eine schriftliche Gebrauchsanweisung des Hilfsmittels bevorzugt in dessen Muttersprache, mindestens jedoch in deutscher Sprache auszuhändigen.
- (16) Der Leistungserbringer teilt den Versicherten seine Kontaktdaten einschließlich der Nummer des Servicetelefons mit.

§ 14 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 im Rahmen der gesetzlichen Garan-

tie/Gewährleistung.

Der Leistungserbringer hat hierzu ein Servicetelefon (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 (max. 6-mal klingeln) anzunehmen. Eine Gesprächszeitlimitierung erfolgt nicht. Die für die Versicherten - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - kostenfreie Telefonnummer ist dem Versicherten bei Bereitstellung/Lieferung des Hilfsmittels bekanntzugeben.

§ 15 Gewährleistung, Garantie

- (1) Bei Versorgungen mit Adaptionshilfen oder Sitzringe als Neukauf durch den Leistungserbringer beträgt die gesetzliche Gewährleistungsfrist zwei Jahre. Die Laufzeit beginnt jeweils mit Unterzeichnung des Lieferscheins oder der Empfangsbestätigung durch den Versicherten. Gewährt der Hersteller des Hilfsmittels eine längere Herstellergarantie, weist der Leistungserbringer den Versicherten schriftlich auf die Herstellergarantie hin und unterstützt den Versicherten im Garantiefall bei der Geltendmachung seiner Rechte aus der Herstellergarantie.
- (2) Bei Reparaturen gilt die gesetzliche Gewährleistungsfrist. Reparaturen außerhalb der Gewährleistung oder Garantie sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.

§ 16 Preise und Vergütung

- (1) Die Preise sind jeweils exklusiv der gesetzlichen Mehrwertsteuer (netto). Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche Mehrwertsteuersatz. Die Preise gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit.
- (2) Die Vergütung der Leistungen ergibt sich aus der Anlage 01: "Preisblatt" für das jeweilige vertragsgegenständliche Hilfsmittel.
- (3) Mit der Zahlung der vereinbarten Vertragspreise sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.
- (4) Die Vergütung des Leistungserbringer ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 03: „Abrechnungsregelung“ zur Zahlung fällig.
- (5) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden. Insbesondere ist es dem Leistungserbringer nicht gestattet, ein Entgelt für die Nichtteilnahme am Lastschriftverfahren zu verlangen.
- (6) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können dem Versicherten die entstehenden Mehrkosten vom Leistungserbringer auf Grundlage eines privatrechtlichen Vertrages in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gewünscht und schriftlich bestätigt hat.

Der Leistungserbringer hat den Versicherten vorher aufzuklären, dass die KKH die

entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Die Aufklärung des Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren. Auf Verlangen der KKH hat der Leistungserbringer die Anforderung der Mehrleistung und die Vornahme der Aufklärung über die Kostenpflicht nachzuweisen.

§ 17 Abrechnung

Die Abrechnung erfolgt gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, siehe auch Anlage 03: "Abrechnungsregelung".

§ 18 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei der Auslieferung. Die Parteien sind sich einig, dass § 476 BGB entsprechende Anwendung findet.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt die KKH von sämtlichen Ansprüchen frei, die Dritte und insbesondere Versicherte wegen einer Verletzung ihrer Rechtsgüter gegen die KKH erheben.
- (4) Die KKH haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die KKH von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art (z.B. von Versicherungen) freizustellen.
- (5) Vorstehendes gilt weder für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit der KKH, noch für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der KKH beruhen. Es gilt auch nicht, wenn der Leistungserbringer die auf Grund einer Pflichtverletzung des Leistungserbringers und/oder seiner Erfüllungsgehilfen entstandenen Schäden und/oder Ansprüche nicht zu vertreten hat.
- (6) Im Übrigen haftet der Leistungserbringer nach den gesetzlichen Vorschriften.

§ 19 Folgen bei Vertragsverstößen

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer seine Vertragspflichten nicht oder fügt er der KKH in sonstiger Weise Schaden zu, so kann ihn die KKH unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen.
- (2) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen ist die KKH berechtigt, den Vertrag nach vorheriger schriftlicher Abmahnung aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß gilt insbesondere:

- Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die gesetzlichen Datenschutzregelungen,
- sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die allgemeinen und besonderen Bestimmungen dieses Rahmenvertrages,

- Äußerungen gegenüber Versicherten, die das Ansehen der KKH schädigen können.
- (3) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht fristgerecht nach, so ist die KKH berechtigt, dem Leistungserbringer im Rahmen einer Ermessensentscheidung eine Nachbesserungsfrist zu setzen oder anstelle des Leistungserbringers die Versorgung, ggf. durch Dritte, sicherzustellen. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung innerhalb der Nachbesserungsfrist nicht nach, so kann der Auftrag durch die KKH ebenfalls entzogen werden. Bei Auftragsentzug hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen. Abs. 3 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung zu begleichen. Es gelten im Übrigen die Bestimmungen dieses Vertrages.
- (4) Hält der Leistungserbringer die in diesem Vertrag definierten Lieferfristen nicht ein, so verwirkt er eine Vertragsstrafe, es sei denn, er hat der KKH innerhalb dieser Frist mitgeteilt, dass der Versicherte nicht erreichbar ist, oder er kann durch Vorlage der genannten Dokumentation einen abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachweisen. Eine Vertragsstrafe nach Satz 1 wird auch dann nicht verwirkt, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass ihn in Bezug auf die nicht fristgerechte Versorgung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft. Eine Vertragsstrafe kann während der Laufzeit des Vertrages mehrfach verwirkt werden. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe vereinbaren die Parteien 50,00 EUR je Versorgungsfall, in dem die Versorgungsfrist nicht eingehalten wurde. Die Summe aller Vertragsstrafen beträgt über die gesamte Laufzeit des Vertrages maximal 5 % des Gesamtumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag erzielt. Gemessen an der Höchstgrenze werden zu viel gezahlte Vertragsstrafen nach Vertragslaufzeit von der KKH erstattet.

§ 20 Wettbewerb und Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen abzustellen und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der KKH beziehen. Anschreiben der Leistungserbringer an die Versicherten der KKH, die im Zusammenhang mit diesem Vertrag stehen sind vorab inhaltlich mit der KKH abzustimmen. Dies gilt auch für die Benachrichtigung der Versicherten über das Ende dieses Rahmenvertrages.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig.
- (4) Es gelten die im modernisierten Kodex "Medizinprodukte" der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln vom 01.01.2015.
- (5) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

§ 21 Datenschutz

- (1) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet, bekanntgegeben, zugänglich gemacht oder genutzt

werden. Der Leistungserbringer bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

- (2) Der Leistungserbringer sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter sowie eventuelle Unterauftragnehmer zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und deren Beachtung sicherzustellen. Die §§ 35 und 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85 a SGB X sind zu beachten.
- (4) Der Leistungserbringer hat sämtliche ihm zur Kenntnis gelangten personenbezogenen und -bezieharen (Sozial-) Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vollständig zu löschen.
- (5) Die Benennung der KKH als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH gestattet.

§ 22 Insolvenz des Leistungserbringers

- (1) Der Leistungserbringer hat die KKH über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten.
- (2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der KKH unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die KKH zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und/oder in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 23 Abtretung/Aufrechnung

- (1) Die Abtretung von Rechten und Ansprüchen aus diesem Vertrag bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der anderen Vertragspartei.
- (2) Die Vertragsparteien dürfen wechselseitig nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Forderungen aufrechnen.

§ 24 Änderungen dieses Vertrages

- (1) Die KKH behält sich vor, Änderungen des Vertrages vorzunehmen. Der Leistungserbringer ist in diesem Fall 4 Wochen vor Wirksamwerden der Vertragsänderung darauf hinzuweisen.
- (2) Ist die Änderung für den Leistungserbringer nicht vertretbar, ergibt sich daraus ein Sonderkündigungsrecht.
- (3) Änderungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 25 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so

bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen hiervon unberührt. In diesen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Anlage 01: „Preisblatt“

Hilfsmittelpositions- nummer	Bezeichnung	Preis netto	Preis brutto
02.40.01.0	Anziehhilfe für Kleidungsstücke	15,00 €	17,85 €
02.40.01.1	Knöpffhilfen	7,60 €	9,04 €
02.40.01.2	Strumpf- bzw. Strumpfhosenanziehhilfen	28,80 €	34,27 €
02.40.01.3	Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe	36,50 €	43,44 €
02.40.02.0	Griffverdückerungen für Essbesteck	7,95 €	9,46 €
02.40.02.1	Griffverlängerungen für Essbesteck	7,95 €	9,46 €
02.40.02.2	Halter für Essbesteck	15,50 €	18,45 €
02.40.02.3	Halterung/Handspannen für Trinkgefäße/-becher	15,50 €	18,45 €
02.40.02.4	Tellerranderhöhungen, aufsteckbar	11,90 €	14,16 €
02.40.03.0	Rutschfeste Unterlagen	19,90 €	23,68 €
02.40.04.0	Universalgriffe	28,10 €	33,44 €
02.40.04.1	Greifzangen/Helfende Hand	26,50 €	31,54 €
02.40.04.2	Greifhilfen für Wasserhahn	13,50 €	16,07 €
02.40.04.3	Türgriffverlängerungen	25,50 €	30,35 €
02.40.05.3	Toilettenpapiergreifhilfe	42,00 €	49,98 €
02.40.06.0	Schreibgriffe bzw. Schreibgriffverdückerungen für Schreibgeräte	8,30 €	9,88 €
20.39.01.0	Sitzringe, luftgefüllt	30,80 €	36,65 €
20.39.01.1	Sitzringe aus Schaumstoff	32,50 €	38,68 €

Anlage 02: „Datenübermittlung“

1.	Kostenvoranschlag	1
1.1	Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)	1
1.2	Übermittlungsverfahren elektronischer Kostenvoranschlag	2
1.3	Übermittlung per Papierversion	2
2.	Elektronische Lieferbestätigung	2
3.	Zuständige Stellen für Rückfragen	3

1. Kostenvoranschlag

1.1 Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

1. Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
2. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise*: Anschrift des Versicherten),
3. Kennzeichen Hilfsmittel,
4. die entsprechende Nummern des Hilfsmittelverzeichnisses (10-steller) der gelisteten Hilfsmittel bzw. Zubehörteile der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, im Einzelfall ist mindestens jedoch der 7-Steller des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels anzugeben, welcher an den Stellen 8 bis 10 auszunullen ist (Bsp.: 20.39.01.0.000),
5. genaue Hilfsmittelbezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis sowie Hersteller und genauer Typenbezeichnung,
6. Gruppierungsnummer (Darstellung, welche Positionen des KVAs zu einer Hilfsmittelversorgung gehören - analog der technischen Anlage nach § 302 SGB V),
7. Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
8. die vertragsärztliche Verordnung in Kopie.
9. Im Kostenvoranschlag ist der in der vereinbarten Vergütungsliste bzw. des Versorgungsvertrages festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS) anzugeben. Im Kostenvoranschlag sind ausschließlich 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummern oder ggf. die in der Vergütungsliste geregelten Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

1.2 Übermittlungsverfahren elektronischer Kostenvoranschlag

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlages (eKV) durch den Leistungserbringer erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Weg. Die Entscheidungsdaten werden ebenfalls auf diesem elektronischen Weg zurückübermittelt.

Die KKH nutzt für die Übermittlung der eKV-Daten exklusiv die Dienstleistung der Firma:

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloostr. 14
67065 Ludwigshafen
Telefon: 0621 671 782 79
E-Mail: support@medicomp.de
Internet: www.medicomp.de

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlages darf ausschließlich über diese Dienstleistungsfirma erfolgen. 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.

1.3 Übermittlung per Papierversion

Der Kostenvoranschlag (KVA) in Papierversion und die vertragsärztliche Verordnung sind grundsätzlich an folgende Adresse per Post zu senden:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover.

In Ausnahmefällen, z.B. bei dringenden Versorgungen, können der Kostenvoranschlag und die vertragsärztliche Verordnung per Fax an das jeweils zuständige Hilfsmittelzentrum übermittelt werden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren leitet sich aus dem Wohnort des Versicherten (Postleitzahl) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieser Anlage.

Eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen und Verordnungen 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.

2. Elektronische Lieferbestätigung

Die KKH behält sich vor, den Leistungserbringer zu der Übermittlung einer elektronischen Lieferbestätigung zu verpflichten. Der Leistungserbringer hat diese am nächsten Werktag nach erfolgter Auslieferung des Hilfsmittels an den Versicherten über den elektronischen Datenaustausch zu melden. Eine Lieferbestätigung muss auch erfolgen, wenn eine Teillieferung vorgenommen wurde. Der Lieferbestätigung ist ein vom Versicherten unterzeichneter Lieferschein (im Dateiformat TIF, JPEG, PDF) beizufügen und zu übermitteln. Die maximale Größe des Anhangs darf 4 MB nicht überschreiten.

Diese Lieferbestätigung dient dem Leistungserbringer als Nachweis zum Einhalt der in diesem Vertrag vereinbarten Lieferfristen.

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen

Tel. 04 21.16 33 95-10 12

Fax 04 21.16 33 95-33 99

Hilfsmittelzentrum Gera

Tel. 03 65.55 28 6-0

Fax. 03 65.55 28 6-22 99

Erreichbarkeit:

Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr

Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr

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

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

von	bis	HMZ
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
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
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
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

Anlage 03: „Abrechnungsregelung“

Abrechnungsmodalitäten

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)
 - 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 Auftragnehmer 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 nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Auftragnehmer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Auftragnehmer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

- (3) Der Auftragnehmer 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 Auftragnehmer 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 Auftragnehmer 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 Auftragnehmer 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 Zugelassenem für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. 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 ausschließlich 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 eingereichten Unterlagen oder die 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)
- (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 werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (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 Einzelrechnung 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.

Hinweise zu den Meldepflichten nach § 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung

§ 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung verpflichtet Anwender, Betreiber sowie sonstige Inverkehrbringer (Vertreiber, Händler, aber auch Kranken- und Pflegekassen sowie vergleichbare Einrichtungen) zur Meldung von Vorkommnissen. Die Vorschrift lautet wie folgt:

§ 3 Meldepflichten

(1)

(2) Wer Medizinprodukte beruflich oder gewerblich betreibt oder anwendet, hat dabei aufgetretene Vorkommnisse der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. Satz 1 gilt entsprechend für Ärzte und Zahnärzte, denen im Rahmen der Behandlung von mit Medizinprodukten versorgten Patienten Vorkommnisse bekannt werden, soweit die Behandlung im Zusammenhang mit dem Medizinprodukt steht.

(3) Wer, ohne Verantwortlicher nach § 5 des Medizinproduktegesetzes zu sein, beruflich oder gewerblich oder in Erfüllung gesetzlicher Aufgaben oder Verpflichtungen Medizinprodukte zur Eigenanwendung durch Patienten oder andere Laien an den Endanwender abgibt, hat ihm mitgeteilte Vorkommnisse der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. In allen anderen Fällen informieren Vertreiber und Händler den Verantwortlichen nach § 5 des Medizinproduktegesetzes über ihnen mitgeteilte Vorkommnisse.

(4) Die Verpflichtungen nach den Absätzen 2 und 3 gelten für Angehörige der Heilberufe als erfüllt, soweit Meldungen an Kommissionen oder andere Einrichtungen der Heilberufe, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken von Medizinprodukten erfassen, erfolgen und dort eine unverzügliche Weiterleitung an die zuständige Bundesoberbehörde sichergestellt ist.

(5)

Vorkommnisse sind in § 2 Nr. 1 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung wie folgt definiert:

"Vorkommnis" ist eine Funktionsstörung, ein Ausfall oder eine Änderung der Merkmale oder der Leistung oder eine Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder der Gebrauchsanweisung eines Medizinprodukts, die unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte.

Der Vorkommnisbegriff erfasst auch Fälle unklarer, aber möglicher Kausalität sowie die Fälle, in denen sich gravierende medizinische Folgen zwar nicht manifestiert haben, im Wiederholungsfall unter weniger günstigen Umständen aber eintreten könnten (sogenannte Beinahevorkommnisse).

Was unter einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, wird in den europäischen Leitlinien zum Medizinprodukte- Beobachtungs- und -Meldesystem (MEDDEV 2.12/1, Nr. 5.3.2) näher erläutert. Danach ist diese anzunehmen bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung, im Falle eines bleibenden Körperschadens oder einer dauerhaften Beeinträchtigung einer Körperfunktion und bei einem Zustand, der eine medizinische oder chirurgische Intervention erfordert, um einen bleibenden Körperschaden oder eine dauerhafte Beeinträchtigung einer Körperfunktion zu verhindern. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Ob eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vorliegt, ist im jeweiligen Einzelfall auch in Relation zum Behandlungsziel zu beurteilen.

Nach § 5 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung haben die Meldungen unverzüglich zu erfolgen. Das Formblatt sollte möglichst vollständig ausgefüllt werden, andererseits sollten aber noch unvollständige oder fehlende Daten nicht dazu führen, eine Meldung zu verzögern oder zu unterlassen.

Sie erhalten eine Eingangsbestätigung für Ihre Meldung mit Angabe einer BfArM - / PEI - Fallnummer, unter der das Vorkommnis bearbeitet wird. Nach Abschluss des Vorgangs werden Sie über das Ergebnis der Risikobewertung informiert.

Die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung und weitere Informationen zum Medizinprodukte- Beobachtungs- und -Meldesystem sind im Internet unter www.dimdi.de zu finden.