

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.01.2018 einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Depot-Versorgung ihrer Versicherten mit Orthesen (PG 23) geschlossen.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigefügte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

z. Hd. Axel Steckmann
axel.steckmann@kkh.de

Wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen / Betriebsstätten erklärt wird, achten Sie bitte darauf, dass eine unterschriebene Anlage beigefügt wird, die alle Filialen / Geschäftsstellen unter Angabe der IK 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 Herrn Axel Steckmann vom Zentralen Hilfsmittelmanagement (E-Mail: axel.steckmann@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3114) oder an Herrn Sven Fricke (E-Mail: sven.fricke@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3347).

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

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

Hier: Beitrittserklärung zum Vertrag über die Depot-Versorgung der Versicherten mit Orthesen (PG 23)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Depot-Versorgung der Versicherten der KKH mit Orthesen (PG 23) nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

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

**Vertrag über
die Depot-Versorgung der Versicherten mit Orthesen (PG 23)**

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 H76

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. 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 Versorgungsleistungen kein Vergütungsanspruch besteht.

3. 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.
4. 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. 2/2a SGB V

über die Depot-Versorgung der Versicherten mit Orthesen

Zwischen einerseits

.....
.....
.....
.....
(Leistungserbringer)

.....
(Institutionskennzeichen -IK)

- nachfolgend Auftragnehmer genannt -

und andererseits

der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
vertreten durch den Vorstand
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

- nachfolgend Auftraggeberin genannt -

Rahmenvertrag Schlüssel "Leistungserbringergruppe": 19 99 H76

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit Orthesen durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung. Eine Notfallversorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 128 Abs. 1 SGB V ist grundsätzlich dann anzunehmen, wenn

- aus medizinischen Gründen i. S. d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
- die im Einzelfall konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
- der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile* selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
- der Versicherte nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also die Versorgung nicht im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.

*Eile ist z. B. geboten, wenn durch eine verzögerte Versorgung unzumutbare Schmerzen entstehen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu befürchten ist, Hilfslosigkeit des Versicherten droht oder Gefahr für Leib und Leben gegeben ist.

Bestandteile des Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- Anhang 1 zur Abrechnungsregelung
- Anhang 2 zur Datenübermittlung - zuständige Stellen
- Anlage 1 Preisvereinbarung über die Versorgung mit Orthesen im Notfall

§ 2

Vertragsteilnahme

- (1) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass über die vereinbarte Vertragslaufzeit die nachfolgenden Bestimmungen erfüllt werden.
- (2) Voraussetzung für die Vertragsteilnahme ist eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch die Unterhaltung von Produktdépôts im Rahmen einer Notfallversorgung nach § 128 SGB V. Die Eignung hat der Auftragnehmer grundsätzlich durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V oder mit der Eignungsprüfung im Einzelfall (Einzelnachweis) nachzuweisen.
- (3) Hat der Auftragnehmer das Präqualifizierungsverfahren noch nicht vollständig durchlaufen, hat er als Nachweis die Bestätigung der Antragstellung auf Präqualifizierung bzw. das Ergebnis der Eignungsprüfung im Einzelfall (Einzelnachweis) vorzulegen. Darüber hinaus ist die bisherige „Altzulassung“ nach § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorzulegen. Innerhalb einer Frist von 6 Monaten ist der teilnehmende Betrieb verpflichtet, die Bestätigung gem. § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V nachzureichen. Wird die Bestätigung nicht innerhalb der Nachfrist eingereicht, endet die Vertragsteilnahme mit Ablauf der Nachfrist, ohne dass es einer Kündigung bedarf (auflösende Bedingung). Liegt eine Altzulassung nicht vor, kann eine Vertragsteilnahme erst nach Abschluss des Präqualifizierungsverfahrens bzw. der Eignungsprüfung im Einzelfall (Einzelnachweis) erfolgen.
- (4) Der Auftragnehmer verpflichtet sich, ausschließlich die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages abzugeben, für die eine Präqualifizierung bzw. Eignungsprüfung im Einzelfall (Einzelnachweis) erfolgte.
- (5) Der Auftragnehmer ist verpflichtet, die teilnehmenden Betriebe gemäß Anhang 2 zu melden und die Meldungen aktuell zu halten.
- (6) Der Nachweis nach Abs. 2 und 3 ist von den teilnehmenden Betrieben gegenüber dem Auftragnehmer zu führen. Dieser bestätigt der Auftraggeberin vor Vertragsbeginn durch Übermittlung der Vertragspartnerliste gemäß Abs. 5, dass die Voraussetzungen nach Abs. 2 und 3 als erfüllt anzusehen sind.

(7) Die teilnehmenden Betriebe bestätigen schriftlich gegenüber dem Auftragnehmer, dass sie den vorliegenden Vertrag mit den entsprechenden, ggf. zu vervollständigenden Anlagen, gegen sich gelten lassen. Auf Wunsch der Auftraggeberin sind diese unterzeichneten Bestätigungen bzw. Anlagen vorzulegen.

§ 3

Geltungsbereich

(1) Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den teilnehmenden Betrieb zur Versorgung der Versicherten der Auftraggeberin sowie aller betreuten Anspruchsberechtigten über Arztpraxen oder einer medizinischen Einrichtung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Der Auftragnehmer verpflichtet sich, die nachfolgenden einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften zu beachten. Darüber hinaus gewährleistet der Auftragnehmer die einwandfreie Qualität des Hilfsmittels und durch entsprechende Schulungs- und Einweisungsmaßnahmen auch die Qualifikation der Personen, welche die Versorgung aus den Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V durchführen.

(2) Für die Versorgung der Versicherten durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

(3) Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnis durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V zu Lasten der Auftraggeberin ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung nach Muster 16. Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die Auftraggeberin auch formlose ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnungen). Hier kann die Form von Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens fol-

gende Inhalte vorhanden sein: IK des Krankenhauses oder alternativ die Betriebsstättennummer, Name und Geburtsdatum des Versicherten, Krankenversicherungsnummer sowie der Kassenname.

(4) Handelt es sich um eine Krankenhausverordnung hat der Auftragnehmer das IK oder alternativ die Betriebsstättennummer des verordnenden Krankenhauses auf dem Kostenvoranschlag anzugeben.

§ 5

Auswahl der Hilfsmittel

(1) Art und Umfang der Versorgung mit Orthesen durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlichen gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat (§§ 12 und 70 SGB V).

(2) Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und Ausführungen der Hilfsmittel in den Produktuntergruppen ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 139 SGB V für die betreffenden Produkt-(Unter-) Gruppe. Es dürfen nur Hilfsmittel durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V zum Einsatz gebracht werden, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde.

(3) Die Auftraggeberin kann zur Behebung von begründeten Zweifeln nach Abstimmung mit dem Auftragnehmer über das vertragsmäßige Verhalten eine Überprüfung und hierzu auch eine gemeinsame Betriebsbegehung vornehmen. Die Auftraggeberin kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hinzuziehen. Darüber hinaus besteht das Recht auf Ansicht versorgungsbezogener Unterlagen zum Zwecke der Überprüfung.

(4) Der Auftragnehmer verpflichtet sich, eine Versorgung zu den Konditionen sicherzustellen, wie sie in der Anlage vereinbart wurde. In Abzug zu bringen ist ggf. lediglich die gesetzliche Zuzahlung, soweit in den Anlagen zu diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

§ 6

Ablauf der Antragstellung

- (1) Der Auftragnehmer hat die Versorgung auf der Grundlage einer medizinischen Unterlage (vertragsärztliche Verordnung oder Krankenhausverordnung) durchzuführen soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde.
- (2) Soweit der Auftragnehmer einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der KVA grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß dem Anhang 2 „Datenübermittlung - zuständige Stellen“ in der vorgegebenen Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.
- (3) Im Falle einer Genehmigung erteilt die Auftraggeberin den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang.

§ 7

Vergütung

- (1) Die Vergütung der Leistungen ergibt sich aus der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Die Vergütung des Auftragnehmers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüf-
baren Abrechnung gemäß dem Anhang 1 Abrechnungsregelung zur Zahlung fällig.
- (3) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils mindestens auf der Grundlage der vertrags-
ärztlichen Verordnung nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der Auftraggeberin,
soweit diese erforderlich ist, und der Empfangsbestätigung des Versicherten nach Abschluss
der Versorgung. Die/der Versicherte bzw. ein(e) Bevollmächtigte(r) hat die Abgabe der be-
darfs- und fachgerechten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu
bestätigen.
- (4) Der Auftragnehmer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur
Versorgung vom Versicherten einzuziehen und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinaus-
gehende Kostenbeteiligung des Versicherten ist nicht Bestandteil dieses Vertrages und darf
weder gefordert noch angenommen werden.

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

§ 8

Wettbewerb und Werbung

(1) Werbemaßnahmen des Auftragnehmers sind auf sachliche Informationen zu beschränken und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Auftraggeberin beziehen.

(2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.

(3) Versicherteninformationen, die Bezug auf die Auftraggeberin als Kostenträger nehmen, sind der Auftraggeberin von Versand an die Versicherten vorzulegen.

(4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, ambulante oder stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Sofern der Auftragnehmer weiter – nicht von diesem Vertrag umfasste Leistungen – z. B. pflegerische Leistungen im Auftrag des Arztes erbringt, bedarf es einer gesonderten Vereinbarung mit dem Arzt. Die Vergütung von Leistungsbeziehungen muss zu der erbrachten Leistung in einem angemessenen Verhältnis stehen (Äquivalenzprinzip).

(5) Es gelten die im Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Bundesfachverbandes BVMed im Mai 1997 niedergelegten Verhaltensregeln.

(6) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

§ 9

Datenschutz

(1) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden. Der teilnehmende Betrieb bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichtet

sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

(2) Der Auftragnehmer sowie die ggf. 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 (MDK), soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.

(3) Der Auftragnehmer hat seine Mitarbeiter sowie eventuell beauftragte Dritte zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und deren Beachtung sicherzustellen. Die §§ 35 und 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85a SGB X sind zu beachten.

(4) Der Auftragnehmer hat sämtliche ihm zur Kenntnis gelangten personenbezogenen und -bezieharen (Sozial-) Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vollständig zu löschen.

(5) Die Benennung der Auftraggeberin als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der Auftraggeberin gestattet.

(6) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass alle teilnehmenden Betriebe in geeigneter Weise über die Regelungen und Einhaltung des Datenschutzes informiert werden. Dies ist gegenüber der Auftraggeberin nachzuweisen.

§ 10

Haftung und Gewährleistung

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

(2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. einer durch ihn bevollmächtigte Person (Leistungserbringungsdatum). Der Auftragnehmer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernden oder abzugebenden Hilfsmittel gemäß der

gesetzlichen Regelungen. Gewährleistungsansprüche verjähren gemäß § 438 Abs. 1 Nr. 3 BGB. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.

(3) Der Auftragnehmer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen und auf ein Verschulden des Betriebes zurückzuführen sind. Es gelten insoweit die gesetzlichen Bestimmungen.

(4) Im Übrigen haften alle beteiligten Vertragsparteien nach den gesetzlichen Vorschriften.

§ 11

Folgen bei Vertragsverstößen

(1) Besteht Uneinigkeit darüber, ob die Versorgung den vertraglichen Anforderungen entspricht, kann die Auftraggeberin diese in der ihr geeignet erscheinenden Form, z.B. durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 275 Abs. 3 SGB V) überprüfen. Handelt es sich ausschließlich um handwerkliche oder technische Fragen, können sowohl die Auftraggeberin als auch der Auftragnehmer geeignete Stellen (z. B. Handwerkskammern, Schiedsstellen der Innungen oder vereidigte Sachverständige) hinzuziehen.

(2) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen, nach erfolgter Abmahnung oder für jeden einzelnen gerichtlich nachgewiesenen Fall der Erlangung eines Versorgungsauftrages durch strafbares Handeln bzw. den Versuch hierzu ist die Auftraggeberin berechtigt, eine Vertragsstrafe bis zu 5.000 EUR zu erheben oder den Betrieb von der Versorgung auszuschließen.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß gilt insbesondere:

- Berechnung vorsätzlich nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen
- Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 9
- Sonstige schwerwiegende oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages

Vor Abmahnung, Festsetzung einer Vertragsstrafe und Versorgungsausschluss ist in jedem Einzelfall der betroffene Betrieb anzuhören und ihm ist die Gelegenheit zu geben innerhalb einer dem Sachverhalt angemessenen Frist schriftlich Stellung zu nehmen.

(4) Hält der Auftragnehmer die in Anhang 2 Ziff. 2 definierte Pflicht zur Übermittlung des

Kostenvoranschläges in elektronischer Form schuldhaft wiederholt nicht ein, so kommt die Anwendung des allgemeinen Vertragsstrafe-Verfahrens in Betracht, es sei denn, es liegt ein begründeter Einzelfall vor in denen der Kostenvoranschlag auch in Papierform übermittelt werden kann.

§ 12

Insolvenz

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

§ 13

Vertragsbeginn und Laufzeit

- (1) Der Vertrag tritt am 01.01.2018 in Kraft und gilt für unbestimmte Zeit.
- (2) Maßgeblich für die Hilfsmittelversorgung ist das Versorgungsdatum (Abgabedatum).
- (3) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die Auftraggeberin alle weiteren bisher für den Auftragnehmer geltenden Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln gemäß der Anlage 1 außer Kraft.
- (4) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 30.04.2019 ohne Angaben von Gründen schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge und Anlagen mit ein. Unabhängig vom Rahmenvertrag können die Anlagen einzeln und gesondert gekündigt werden. Es gelten die in der Anlage genannten Fristen. Die teilnehmenden Betriebe können mit einer Ankündigungsfrist von vier Wochen ihre Teilnahme am Vertrag gegenüber dem Auftragnehmer für beendet erklären.
- (5) Die Kündigung ist der Auftraggeberin gegenüber einzeln zu erklären.

§ 14

Sonderkündigungsrecht

(1) Die Auftraggeberin ist überdies jeweils im Einzelnen zur außerordentlichen Kündigung gegenüber der teilnehmenden Betriebe berechtigt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach § 2 dieses Vertrages nicht mehr gegeben sind. Eine außerordentliche Kündigung hat schriftlich mit entsprechender Begründung zu erfolgen

§ 15

Schriftform

(1) Änderungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für diese Bestimmung.

§ 16

Salvatorische Klausel

(1) Sollte eine Bestimmung der vorstehenden Vereinbarung ganz oder teilweise nichtig / rechtswidrig sein oder werden, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Vereinbarung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

Anhang 1 "Abrechnungsregelung"

Grundsätzliches

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

Für die Abrechnung gelten die Regelungen des § 7 der Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten mit Orthesen durch die Unterhaltung von Produktdepots im Rahmen der Notfallversorgung nach § 128 SGB V. Die Abrechnung erfolgt darüber hinaus nach den 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.

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

- (1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - *Abrechnungsdaten,*
 - *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*
 - *Empfangsbestätigung*
 - *Angabe der Verwaltungsnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen*

- (2) Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

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

- (4) Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- (5) Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
- (6) Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.
- (7) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.
- (8) Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. www.gkv-datenaustausch.de).
- (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) 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.
- (14) Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.
- (15) Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer 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 Leistungserbringer insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- (16) 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 Gesamtabrechnung 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)
- (17) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (18) 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.
- (19) 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.

- (20) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (21) Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit Schuld befreiender 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.
- (22) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.
- (23) 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.

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 vornehmen (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.

Anhang 2: Datenübermittlung - zuständige Stellen

(1) Notwendige Inhalte des KVA

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

- (1) Name, Anschrift und IK des Auftragnehmers bzw. des teilnehmenden Betriebes
- (2) Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr.)
- (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 bzw. mit „900“ aufzufüllen ist.
- (5) genaue Hilfsmittelbezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis sowie Hersteller und genauer Typenbezeichnung
- (6) Gruppierung (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) bei Übermittlung des KVA ist die vertragsärztliche Verordnung vorzulegen (inklusive Arztnummer und/oder IK des Krankenhauses).
- (9) Im Kostenvoranschlag ist der in der vereinbarten Vergütungsliste bzw. des Versorgungsvertrages festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS) anzugeben.
- (10) der Bruttopreis der angebotenen Versorgung

Die Auftraggeberin behält sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvoranschläge einschließlich der eingereichten Unterlagen an den teilnehmenden Betrieb zurückzusenden.

(2) Beschreibung des Übermittlungsverfahrens per elektronischem Kostenvoranschlag (eKV):

Die teilnehmenden Betriebe haben den Kostenvoranschlag in elektronischer Form (eKV) für die in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses zu übermitteln. Für nicht in diesem Vertrag geregelte Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses besteht keine Verpflichtung einen eKV einzureichen. In begründeten Einzelfällen kann der Kostenvoranschlag auch in Papierform übermittelt werden. Die Auftraggeberin nutzt für die Übermittlung der eKV-Daten eine Dienstleistungsfirma. Dieses Unternehmen nimmt die Daten der teilnehmenden Betriebe an, bereitet diese auf und leitet sie an die Ersatzkassen weiter. Die Entscheidungsdaten werden ebenfalls auf diesem elektronischen Weg zurückübermittelt.

Folgendes Unternehmen ist bei der KKH für das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren angeschlossen:

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

(3) Zuständige Stelle für Abrechnungen

Die zuständige Stelle für die Abrechnung gemäß Anhang 1 „Abrechnungsregelung“ lautet für die Auftraggeberin wie folgt:

KKH
c/o Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen

(4) Pflege der Vertragspartnerlisten

Der Auftragnehmer ist verpflichtet, die Institutionskennzeichen (IKn) seiner gemäß § 2 des Rahmenvertrags teilnehmenden Vertragspartnerbetriebe zu melden. Eine gesonderte Beitritts-erklärung gegenüber der Auftraggeberin ist für die Mitgliedsbetriebe des Auftragnehmers nicht notwendig.

Der Auftragnehmer meldet eine Vertragspartnerliste der teilnehmenden Betriebe im Excelformat per E-Mail an die Adresse: zhm@kkh.de. 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

Versorgungsberechtigt ab (Datum; Format: TT.MM.JJJJ) je IK; Eintragung des Datums "Versorgungsberechtigt ab" in Spalte "B" zum dazugehörigen IK

Die Vertragspartnerliste ist bei Veränderungen der teilnehmenden Betriebe eigenständig vom Leistungserbringer 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.

(5) Ansprechpartner für weitere Informationen und Anfragen zu Leistungsanträgen:

Für weitere Informationen und Fragen Leistungsanträgen stehen die Hilfsmittelzentren der KKH zur Verfügung:

Hilfsmittelzentrum Bremen
E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de
Telefon: 04 21 / 163 395 - 3350
Fax: 04 21 / 163 395 - 3399

Hilfsmittelzentrum Gera
E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de
Telefon: 03 65 /55 286 - 0
Fax: 03 65 /55 286 – 2299

Zentrale Postanschrift: KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren orientiert sich an den Postleitzahlen und richtet sich nach dem Wohnort des Versicherten.

von	bis	HMZ	von	bis	HMZ
01067	06318	Gera	75045		Gera
06333	06343	Bremen	75050		Bremen
06347	06388	Gera	75053		Gera
06406	06408	Bremen	75056	75059	Bremen
06420	06425	Gera	75172	75399	Gera
06429	06449	Bremen	75417	75449	Bremen
06456		Gera	76131	76726	Gera
06458	06548	Bremen	76744	76770	Bremen
06556	16837	Gera	76771	76774	Gera
16845	16949	Bremen	76776		Bremen
17033	18609	Gera	76777		Gera
19053	23968	Bremen	76779	76891	Bremen
23970		Gera	77652	89547	Gera
23972		Bremen	89551		Bremen
23974	23992	Gera	89555	91413	Gera
23996		Bremen	91438	91443	Bremen
23999		Gera	91448	91459	Gera
24103	36399	Bremen	91460		Bremen
36404	36469	Gera	91462	91463	Gera
37073	39249	Bremen	91465		Bremen
39261	39279	Gera	91466	91469	Gera
39288	67319	Bremen	91471		Bremen
67346	67360	Gera	91472		Gera
67361	67363	Bremen	91474		Bremen
67365		Gera	91475		Gera
67366		Bremen	91477	91480	Bremen
67368	67376	Gera	91481		Gera
67377	68723	Bremen	91483	91484	Bremen
68753		Gera	91486	91489	Gera
68766	68782	Bremen	91522	91555	Bremen
68789	68809	Gera	91560	91564	Gera
69115	69123	Bremen	91567	91572	Bremen
69124		Gera	91575		Gera

69126	69151	Bremen	91578		Bremen
69168	69190	Gera	91580		Gera
69198		Bremen	91583	91589	Bremen
69207		Gera	91590		Gera
69214	69221	Bremen	91592	91620	Bremen
69226	69234	Gera	91622		Gera
69239		Bremen	91623	91628	Bremen
69242		Gera	91629		Gera
69245	69253	Bremen	91631	91632	Bremen
69254		Gera	91634		Gera
69256	69518	Bremen	91635	91637	Bremen
70173	71409	Gera	91639	96149	Gera
71522	71579	Bremen	96151		Bremen
71634	71642	Gera	96152	96158	Gera
71665	71672	Bremen	96160		Bremen
71679	71701	Gera	96161	96529	Gera
71706	71739	Bremen	97070	97999	Bremen
72070	73349	Gera	98527	99752	Gera
73430	73579	Bremen	99755		Bremen
73614	73630	Gera	99759		Gera
73635	73642	Bremen	99762		Bremen
73650	73666	Gera	99765		Gera
73667		Bremen	99768		Bremen
73669	73779	Gera	99817	99819	Gera
74072	74939	Bremen	99826	99837	Bremen
75015		Gera	99842	99998	Gera
75031	75038	Bremen			

Anlage 1 – Preisvereinbarung über die Depot-Versorgung mit Orthesen

§ 1

Vertragspartner

Die Vereinbarung gilt für die folgende Ersatzkasse:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
- nachfolgend Auftraggeberin genannt -

§ 2

Liefervoraussetzungen

- (1) Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots in Arztpraxen oder einer medizinischen Einrichtung ist ausschließlich zulässig, wenn das Hilfsmittel zur Versorgung im Notfall erforderlich ist.
- (2) Vor der Abgabe der Orthese ist grundsätzlich eine Anprobe durchzuführen.
- (3) Die Auftraggeberin verzichtet auf die Erstellung eines Kostenvoranschlags gemäß § 6 des Rahmenvertrags, wenn das abgegebene Produkt (Hilfsmittel zzgl. evtl. erforderliches Zubehör) in dieser Anlage preislich geregelt ist und die Kosten dafür 165,00 EUR netto nicht übersteigen.

§ 3

Leistungsvergütung

- (1) Die nachstehend angegebenen Preise sind Nettopreise zuzüglich Mehrwertsteuer und gelten für alle Produkte einer Produktart. Bei abweichenden Forderungen seitens der zuständigen Finanzbehörden sowie geänderten Zolltarif-Einstufungen werden die Mehrwertsteuer-Sätze in den EDV-Systemen nach Abstimmung zwischen dem Auftragnehmer und der Auftraggeberin angepasst. Die schriftliche Aufforderung der Finanzbehörde oder die Zolltarif-Auskunft ist vorzulegen.
- (2) Von den Abrechnungspreisen ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des Versicherten der Auftraggeberin abzuziehen.
- (3) Sofern der Einkaufspreis für eine namentlich verordnete Orthese gleich oder größer als der vereinbarte Nettopreis ist und ein Austausch durch ein anderes Produkt dieser Gruppe - nach Rücksprache mit dem Arzt - aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, ist der teilnehmende Betrieb nicht zur Abgabe des betreffenden Hilfsmittels zum vereinbarten Nettopreis verpflichtet. In diesem Fall ist ein Kostenvoranschlag mit ausreichender Begründung, insbesondere zur fehlenden Austauschbarkeit zu stellen.
- (4) Für von dieser Vereinbarung nicht erfasste Produktarten der Produktgruppe 23 gilt eine generelle Verpflichtung zum Einreichen eines Kostenvoranschlages.

§ 4

Leistungsausschluss

Orthesen, die erkennbar als Vorsorgeschutz vor Verletzungen abgegeben werden (Verordnungen zur Prophylaxe), sind keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und werden daher von der Auftraggeberin nicht vergütet. Es gilt § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

§ 5 Preise

Positionsnummer 7-Steller	Bezeichnung	Hilfsmittel- kennzeichen	Versor- gungs- dauer	Preis in Euro (netto)
23.02.02.0	Sprunggelenkorthesen zur Stabilisie- rung in einer Ebene	00	./.	72,27
23.02.02.1	Sprunggelenkorthesen zur Stabilisie- rung in einer Ebene, einstellbar	00	./.	75,52
23.03.01.0	Fußlagerungsorthesen	03	Dauer der Versorgung	178,64
23.03.01.1	Fußorthesen zur Immobilisierung in vorgegebener Position	03	Dauer der Versorgung	161,59
23.03.02.9.999	VACOpedes Diabetic, inkl. Austausch-Set nach 12 Wochen (Pseudo-Positionsnummer)	03	24 Wochen	293,34
23.04.01.0	Knieorthesen zur Immobilisierung, gerade	00	./.	86,89
23.04.01.1	Knieorthesen zur Immobilisierung, gebeugt	00	./.	86,89
23.06.01.0	Unterschenkel-Fußorthesen zur Immo- bilisierung in vorgegebener Position	03	Dauer der Versorgung	159,20
23.06.01.1	Unterschenkel-Fußorthesen zur Immo- bilisierung in definierten, einstellbaren Positionen	03	Dauer der Versorgung	199,20
23.06.02.0	Unterschenkel-Fußorthesen zur Mobili- sierung in einstellbaren Bewegungsum- fängen	03	Dauer der Versorgung	215,20
23.06.06.9.999	VACOped Diabetic, inkl. Austausch-Set nach 12 Wochen (Pseudo-Positionsnummer)	03	24 Wochen	354,24
23.07.01.1	Daumenorthesen zur Immobilisierung des Sattel- und/oder Grundgelenkes	00	./.	43,04
23.07.02.0	Handgelenkorthesen zur Immobilisie- rung in eine Bewegungsrichtung	00	./.	59,28
23.07.02.4	Handgelenkorthesen zur Immobilisie- rung in mindestens zwei Bewegungs- richtungen	00	./.	68,21
23.07.02.6	Handgelenkorthesen zur Immobilisie- rung in definierten, einstellbaren Positionen	03	Dauer der Versorgung	149,19
23.07.02.7	Handgelenkorthesen mit Daumenfixie- rung zur Immobilisierung in definierten, einstellbaren Positionen	03	Dauer der Versorgung	181,69
23.07.04.0	Handgelenkorthesen zur dynamischen Redression	03	Dauer der Versorgung	354,24
23.07.04.0.999	Vaco-Flex Hand (Pseudo-Positionsnummer)	03	Dauer der Versorgung	354,24
23.09.01.0	Schultergelenkorthesen zur Immobili- sierung in definierter Position	00	./.	91,34
23.09.04.0	Schultergelenkorthesen zur Immobili- sierung und Entlastung	00	./.	145,35