

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.04.2015 einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung ihrer Versicherten mit Fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen (Produktgruppe 32) geschlossen.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigefügte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt<sup>1</sup> mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Zentrales Hilfsmittelmanagement  
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

zu Hd. Frau Tina Siegmund-Bensch  
[Tina.siegmund-bensch@kkh.de](mailto:Tina.siegmund-bensch@kkh.de)

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 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 Frau Tina Siegmund-Bensch vom Zentralen Hilfsmittelmanagement (E-Mail: [tina.siegmund-bensch@kkh.de](mailto:tina.siegmund-bensch@kkh.de) – Tel.: 0511 2802-3392) oder an Frau Andrea Fahlbusch (E-Mail: [andrea.fahlbusch@kkh.de](mailto:andrea.fahlbusch@kkh.de) – Tel.: 0511 2802-3309).

---

<sup>1</sup> Für eine zweifelsfreie Zuordnung des Vertrages ist die Verwendung des Deckblattes unbedingt erforderlich.

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 Therapeutischen Bewegungsschienen der Produktgruppe 32**

Sehr geehrte Frau Siegmund-Bensch,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Therapeutischen Bewegungsschienen der Produktgruppe 32 nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

**Beitrittserklärung der Leistungserbringer**

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

zum

**Vertrag über**

**die Versorgung der Versicherten mit Therapeutischen Bewegungsschienen der  
Produktgruppe 32**

**Leistungserbringergruppenschlüssel:**

**19 99 E32 Knie- und Schulterbewegungsschienen**

**19 99 E33 sonstige Bewegungsschienen**

**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 (regional und Produktportfolio)

teilweisen Beitritt

Produktportfolio zu folgenden 7-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

regional und zwar in folgenden Bundesländern:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 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 beigelegt.

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.

4. 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.
5. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

**Vereinbarung**

**gemäß § 127 Abs. 2a SGB V**

**über die Versorgung der Versicherten mit  
Fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen (PG 32)**

**zwischen**

Leistungserbringer:

---

---

---

**IK:** \_\_\_\_\_

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

**und**

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

- nachfolgend Auftraggeber genannt -

**Leistungserbringergruppenschlüssel:**

**19 99 E32 Knie- und Schulterbewegungsschienen  
19 99 E33 sonstige Bewegungsschienen**

## 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; Auftraggeber ist die KKH.

## § 1 Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der KKH mit fremdkraftbetriebenen Knie-, Schulter, Sprunggelenks-, Hand-/Finger und Ellenbogenbewegungsschienen mit den Produktarten 32.04.01.0, 32.09.01.0, 32.02.01.0, 32.07.01.0 bzw. 32.08.01.0 und ggf. auch mit durch Fortschreibung in das Hilfsmittelverzeichnis neu aufgenommene vergleichbare Produkte einschließlich der Abrechnung (siehe Anlage 04: "Abrechnungsregelung"). Maßgebend für den Leistungsumfang / die Leistungsanforderungen sind die nachfolgenden Paragraphen, sowie die Anlagen und Anhänge. Der Vertrag erfasst die in dem Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und dem Anhang 02: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ aufgeführten Hilfsmittel (gemäß Hilfsmittelverzeichnis).

### Therapeutische Bewegungsgeräte

Produktgruppe:	32
Anwendungsorte:	04
Produktuntergruppen / -arten (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.):	010

→ 32.04.01.0          Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen

### Therapeutische Bewegungsgeräte

Produktgruppe:	32
Anwendungsorte:	09
Produktuntergruppen / -arten (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.):	010

→ 32.09.01.0          Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen

### Therapeutische Bewegungsgeräte

Produktgruppe:	32
Anwendungsorte:	02
Produktuntergruppen / -arten (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.):	010

→ 32.02.01.0          Fremdkraftbetriebene Sprunggelenksbewegungsschienen

### Therapeutische Bewegungsgeräte

Produktgruppe:	32
Anwendungsorte:	07

Produktuntergruppen / -arten (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.): 010

→ 32.07.01.0 Fremdkraftbetriebene Hand-/Fingerbewegungsschienen

### **Therapeutische Bewegungsgeräte**

Produktgruppe: 32

Anwendungsorte: 08

Produktuntergruppen / -arten (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.): 010

→ 32.08.01.0 Fremdkraftbetriebene Ellenbogenbewegungsschienen

## **§ 2 Vertragsbestandteile**

### **Bestandteile dieses Vertrages sind**

- der Vertrag
- die Anlagen:
  - Anlage 01 Leistungsbeschreibung
  - Anlage 02 Datenübermittlung
  - Anlage 03 Empfangsbestätigung Versicherter Einweisung, Funktionsprüfung (Muster)
  - Anlage 04 Abrechnungsregelung
- die Anhänge:
  - Anhang 01 Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung
  - Anhang 02 Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung

## **§ 3 Geltungsbereich**

Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH und aller durch die KKH betreuten Anspruchsberechtigten mit Fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen in den vom Leistungserbringer in der Beitrittserklärung genannten Regionen.

## **§ 4 Vertragsteilnahme**

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass über die vereinbarte Vertragslaufzeit die nachfolgenden Bestimmungen erfüllt werden.
- (2) Der Leistungserbringer hat seine Eignung gem. § 126 Abs. 1 SGB V nachzuweisen. Voraussetzung hierfür ist eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Eignung hat der Leistungserbringer grds. durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V nachzuweisen.

- (3) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 SGBV zu erfüllen und die Erfüllung nachzuweisen. Der Nachweis ist grundsätzlich durch eine Vorlage einer Präqualifizierungsbestätigung nach § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V zu führen. Alternativ hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, die Eignung durch eine so genannte individuelle Einzelfallprüfung<sup>1</sup> feststellen zu lassen. Die Bestätigung der individuellen Einzelfallprüfung ist der KKH unverzüglich vorzulegen.
- (4) Nehmen Verbände, Einkaufs- oder Leistungsgemeinschaften an diesem Vertrag teil, ist der KKH unverzüglich nach Beginn der Vertragslaufzeit eine Vertragspartnerliste der teilnehmenden Betriebe im Excelformat 2013 oder jünger 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
  - Versorgungsberechtigt ab (Datum; Format: TT.MM.JJJJ) je IK; Eintragung des Datums "Versorgungsberechtigt ab" in Spalte "C" zum dazugehörigen IK
- (5) 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.
- (6) Die unter § 4 Abs. 4 dieses Rahmenvertrages genannte Vertragspartnerliste darf nur die IKn der Betriebe enthalten, die aktuell am Vertrag teilnehmen (keine beendeten).
- (7) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Abs. 2a SGB V beitreten.

### **§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen „Fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen“ sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der gültigen Fassung zu beachten.
- (2) Voraussetzung für die Lieferung der vertragsgegenständlichen „Fremdkraftbetriebenen

---

<sup>1</sup> mit der individuellen Einzelfallprüfung hat die KKH die jeweilige vdek-Landesvertretung beauftragt



Bewegungsschienen“ ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellt vertragsärztlichen Verordnung nach Muster 16. Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die KKH auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein.

- (3) Handelt es sich um eine Krankenhausverordnung, soll der Leistungserbringer möglichst das Institutionskennzeichen (IK) des verordnenden Krankenhauses auf dem Kostenvoranschlag (KVA) angeben.

### **§ 6 Art und Umfang der Leistungen**

Der Leistungserbringer erbringt nach diesem Vertrag mindestens die in Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“, Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und Anhang 02: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ geregelten Leistungen.

### **§ 7 Vergütung**

- (1) Die Vertragspreise in Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und Anhang 02: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ sind Höchstpreise. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind von der Zuzahlung befreit.
- (2) Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 04: "Abrechnungsregelung" zur Zahlung fällig.
- (3) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung, nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH und Bereitstellung des verordneten Hilfsmittels beim Versicherten.
- (4) Die KKH ist zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, wenn eine Anspruchsberechtigung des Versicherten besteht. Eine Anspruchsberechtigung besteht nicht, wenn die Versicherung bei der KKH oder die medizinischen Voraussetzungen bei Leistungserbringung nicht mehr gegeben sind.
- (5) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine über die gesetzliche Zuzahlung hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (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. Für den Fall einer solchen Versorgung hat der Leistungserbringer die KKH auf Anfrage über die Art und den Umfang der besonderen Versorgung schriftlich zu unterrichten. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Versorgung schriftlich zu informieren, dass die KKH die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Die Aufklärung des Versicherten ist vom Leistungserbringer in geeigneter Form zu dokumentieren. Auf Verlangen der KKH hat der Leistungserbringer die Anforderung der Mehrleistung und die Vornahme der Aufklärung über die Kostenpflichtig nachzuweisen.

- (7) Mit der Zahlung der vereinbarten Vertragspreise sind alle nach diesem Vertrag inklusive der Anlagen und Anhänge zu erbringenden Leistungen abgegolten.

### **§ 8 Abrechnung**

Die Abrechnung erfolgt gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (siehe auch Anlage 04: "Abrechnungsregelung").

### **§ 9 Wettbewerb und Werbung**

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen zu beschränken und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der KKH beziehen.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
- (2a) Versicherteninformationen, die Bezug auf die KKH als Kostenträger nehmen, sind der KKH vor Versand an die Versicherten vorzulegen.
- (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 Kodex "Medizinprodukte" der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed im Mai 1997 niedergelegten Verhaltensregeln.
- (5) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

### **§ 10 Datenschutz und Geheimhaltung**

- (1) Der Leistungserbringer bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen.
- (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 oder seine Erfüllungsgehilfen 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.

### **§ 11 Haftung**

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

### **§ 12 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.

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 den Datenschutz gemäß § 10 dieses Vertrags.
- (2) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht fristgemäß 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. 2 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung zu begleichen.
- (3) Reicht ein Versicherter bei der KKH eine Beschwerde ein, weil die Versorgung nicht innerhalb der in der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ genannten Kontaktaufnahme- bzw. Lieferfristen vorgenommen wurde und eine ggf. erforderliche und mögliche Ersatzversorgung im Sinne von *4.11 Bearbeitung von Reklamationen / Ersatzversorgung im Reparaturfall* der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ ebenfalls nicht durchgeführt wurde, kann der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe verwirken. In diesem Fall wird der Leistungserbringer angehört und soll z. B. durch Vorlage der Dokumentation der Kundenkontakte nachweisen, dass ihn in Bezug auf die nicht fristgerechte Versorgung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft oder der Versicherte eine spätere Auslieferung ausdrücklich gewünscht hat. 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 dieser Höchstgrenze zu viel gezahlte Vertragsstrafen werden nach Vertragslaufzeit von der KKH zurückerstattet.

### **§ 13 Insolvenz des Leistungserbringers**

- (1) Der Leistungserbringer hat die KKH über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich 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.

### **§ 14 Abtretung / Aufrechnung**

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

### **§ 15 Vertragsbeginn und Laufzeit**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2015 in Kraft. Sie gilt unbefristet.
- (2) Beide Parteien haben das Recht, den Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.03.2017, ordentlich zu kündigen. Eine Kündigung des Hauptvertrages schließt die Kündigung der Anlagen und Anhänge ein. Erfolgt eine Kündigung durch den Leistungserbringer, hat er diese an die zuständige Stelle gemäß Anlage 02: "Datenübermittlung" zu übermitteln.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Kündigung des Vertrages bedarf der Schriftform.
- (4) 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.
- (5) Sonstige gesetzliche Rechte und Ansprüche der KKH bleiben unberührt.
- (6) Sollten für den Bereich der fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen neue gesetzliche Regelungen in Kraft treten, sind diese zu beachten und der Vertrag ist ggf. entsprechend zu modifizieren.

### **§ 16 Sonderkündigungsrecht**

- (1) Die KKH hat ein Sonderkündigungsrecht für den Fall, dass 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 Leistungserbringers wegen der Ausübung dieses Sonderkündigungsrechtes bestehen nicht.
- (2) Die KKH kann vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, 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.

### **§ 17 Datenübermittlung/ Zuständige Stelle**

Sofern innerhalb dieses Vertrages geregelt ist, dass der Leistungserbringer die KKH zu informieren hat, so hat dies an die in Anlage 02: „Datenübermittlung“ geregelten Stellen zu erfolgen, sofern innerhalb dieses Vertrages nichts Abweichendes beschrieben ist.

### **§ 18 Schriftform**

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

### **§ 19 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: „Leistungsbeschreibung“**

### **Versorgungsablauf und Leistungsumfang**

#### **1. Erhalt der medizinischen Verordnung**

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten:

##### Variante 1

*Der Leistungserbringer wird unmittelbar vom Versicherten beauftragt, die Versorgung mit einer Bewegungsschiene sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Verordnung direkt vom Versicherten. Nachfolgend ist ein Kostenvorschlag an die KKH zu übermitteln (s. Punkt 2 Kostenvorschlag).*

##### Variante 2

*Der Leistungserbringer wird mittelbar vom Versicherten beauftragt. Der Leistungserbringer erhält während einer stationären Behandlung des Versicherten von einem Krankenhaus / von einer Rehaklinik den Auftrag, die unverzügliche Versorgung mit einer Bewegungsschiene im Anschluss an die stationären Behandlung im häuslichen Bereich sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Verordnung (Klinikverordnung vom Krankenhaus / von einer Rehaklinik). Nachfolgend ist ein Kostenvorschlag an die KKH zu übermitteln (s. Punkt 2 Kostenvorschlag).*

##### Variante 3

*Sofern die medizinische Verordnung zunächst bei der KKH eingeht, übermittelt die KKH diese zusammen mit einer Direktgenehmigung unverzüglich dem Leistungserbringer. Unter einer Direktgenehmigung ist eine Genehmigung zu verstehen, die mit dem Ziel einer schnellen Versorgung erteilt wird, ohne dass der Leistungserbringer einen Kostenvorschlag übermittelt. Direktgenehmigungen werden ausschließlich erteilt, wenn die medizinische Verordnung zunächst bei der KKH eingeht und diese zusammen mit der Direktgenehmigung an den Leistungserbringer übermittelt wird. Bei eiligen Versorgungsmaßnahmen wird die Direktgenehmigung zusammen mit der medizinischen Verordnung vorab per Fax übermittelt. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe besteht nicht.*

Der Leistungserbringer hat die medizinische Verordnung auf Plausibilität zu überprüfen. Vom Leistungserbringer vorgenommene / veranlasste Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Verordnung sind nach Rücksprache mit dem Arzt oder der Klinik vorzunehmen und erneut durch den Arzt unter Angabe des Datums abzuzeichnen.

#### **2. Kostenvorschlag**

Vor der Durchführung einer Versorgung hat der Leistungserbringer die Versorgung per Kostenvorschlag bei der KKH zu beantragen. Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvorschlag auf Grundlage der Inhalte der medizinischen Verordnung. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung

(Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH entstehen, können nicht geltend gemacht werden.

Die Übermittlung des Kostenvorschlags (KVA) an die KKH erfolgt nach Maßgabe der Anlage 02: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben. Die



"Übermittlung des Kostenvoranschlages durch den Leistungserbringer soll vorrangig auf elektronischem Weg erfolgen.

Der Kostenvoranschlag ist der KKH innerhalb eines Werktages<sup>1</sup> nach Eingang der medizinischen Verordnung / Kopie der medizinischen Verordnung beim Leistungserbringer zu übermitteln. Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag erfolgt die Übermittlung des Kostenvoranschlages spätestens am darauffolgenden Werktag. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer. Der Kostenvoranschlag ist an die in der Anlage 02: „Datenübermittlung“ zu richten.

Ist die Versorgung mit der Bewegungsschiene direkt im Anschluss an eine Krankenhausentlassung vorgesehen, so hat der Leistungserbringer nicht erst mit Entlassung aus dem Krankenhaus, sondern direkt im Anschluss an die erfolgte Operation – sobald die Notwendigkeit einer Bewegungsschiene anhand einer ausgestellten und dem Leistungserbringer übermittelten ärztlichen Verordnung feststeht – einen Kostenvoranschlag gemäß Anlage 02: „Datenübermittlung“ an die KKH zu übermitteln.

### 2.1 Versorgungszeitraum

Der Versorgungszeitraum richtet sich nach den Inhalten der medizinischen Verordnung.

Sofern der Versorgungszeitraum nicht aus den Inhalten der medizinischen Verordnung hervorgeht, kann der Leistungserbringer diesen bei dem verordnenden Arzt oder der verordnenden Klinik erfragen und ergänzen lassen. Bei Erstversorgungen gilt ansonsten die Versorgungspauschale von 5 Wochen. Der Versorgungszeitraum ist vom Leistungserbringer im Kostenvoranschlag gemäß Anlage 02: „Datenübermittlung“ anzugeben.

Sofern der Versorgungszeitraum eines Einzelauftrages (schriftliche Genehmigung) planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer dennoch verpflichtet, die Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung für die Dauer des Versorgungszeitraumes zu erbringen.

### 2.2 Übermittlung Kostenvoranschlag

Der Kostenvoranschlag ist grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß Anlage 02: „Datenübermittlung“ zu übermitteln. Abweichend von der grundsätzlichen elektronischen Übermittlung hat der Leistungserbringer die Möglichkeit den Kostenvoranschlag auf herkömmlichen Wege gemäß Anlage 02: „Datenübermittlung“ zu übermitteln. Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist die vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen.

## 3. **Genehmigung der KKH**

### 3.1 Prüfung der eingereichten Unterlagen/Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung)

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen bzw. die per elektronischen Kostenvoranschlag (eKV) übermittelten Daten und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Die KKH kann gem. § 275 (3) SGB V vor Genehmigung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern. Andernfalls erhält der Leistungserbringer die für die Abrechnung relevanten Unterlagen im Original

---

<sup>1</sup> Als Werktag gilt in diesem Vertrag jeder Tag von Montag bis Freitag (mit Ausnahme von Feiertagen).



zusammen mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) zurück bzw. eine Genehmigung im eKV-Verfahren.

Die KKH erteilt mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung und den Versorgungszeitraum im darin festgelegten Umfang. Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise angegeben sind. Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH.

Die Genehmigung (bzw. der Versorgungsauftrag) kann bei eiligen Versorgungsleistungen von der KKH auch vorab per Fax erteilt werden

### 3.2 Genehmigungspflicht / Genehmigungsfreiheit

Die KKH hat das Recht, die Genehmigungspflicht in eine Genehmigungsfreiheit umzustellen. Dies gilt auch im umgekehrten Fall. Diesbezügliche Änderungen sind spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer anzukündigen.

## 4 **Ablauf der Versorgung – Lieferung**

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraums, maximal jedoch für die ärztlich verordnete Dauer, das vertragsgegenständliche Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zur Verfügung.

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer medizinischen Verordnung (vertragsärztliche Verordnung / Klinikverordnung), eines Kostenvoranschlages (KVA) gemäß Anlage 02: „Datenübermittlung“ und bei Vorliegen einer vorherigen schriftlichen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entsprechend deren Inhalt / Umfang, soweit nachfolgend nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbart ist.

### 4.1 Terminabsprache

Die Terminabsprache zur Lieferung ist mit dem Versicherten spätestens am 1. Werktag nach Eingang der Genehmigung beim Leistungserbringer vorzunehmen. Kommt es zu Terminabweichungen von Seiten des Leistungserbringers, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, hat der Leistungserbringer den Versicherten unverzüglich über die Verzögerung und deren Gründe in Kenntnis zu setzen.

Sofern der Versicherte einen späteren Termin zur Lieferung wünscht, so dass die unter 4.3 dieser Anlage beschriebenen Fristen vom Leistungserbringer nicht eingehalten werden können, so hat der Leistungserbringer den abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH die Information auf Verlangen mitzuteilen.

### 4.2 Auswahl der Hilfsmittel

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten bzw. dessen Pflegeperson das Hilfsmittel in einem einwandfreien Zustand zur Verfügung.

### 4.3 Lieferfrist

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Lieferung der Hilfsmittel unverzüglich erfolgt. Nach Auftragserteilung oder nach Eingang der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) erfolgt die Belieferung des Versicherten mit den vertragsgegenständlichen

Hilfsmitteln möglichst am nächsten Werktag, spätestens jedoch nach Ablauf von 2 Werktagen. Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag erfolgt die Belieferung des Versicherten spätestens am darauffolgenden Werktag.

#### 4.4 Inhalt und Umfang der Lieferung

Hat der verordnende Arzt ein konkretes Produkt verordnet, entbindet das den Leistungserbringer und die KKH nicht, nach § 12 SGB V die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt zu prüfen. Die KKH kann durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beratend prüfen lassen, ob das Produkt / die Versorgung medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes trifft auf der Basis des MDK-Gutachtens die KKH. Der Leistungserbringer darf in diesem Fall eine Belieferung - unter Berücksichtigung der weiteren vertraglichen Regelungen - mit dem erforderlichen Hilfsmittel nicht ablehnen.

Der Leistungserbringer liefert das vertragsgegenständliche Hilfsmittel gemäß Anhang 1: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und des Anhang 2: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ im medizinisch notwendigen Umfang gemäß medizinischer Verordnung und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung).

Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat (§§ 12 und 70 SGB V). Die Versorgung mit einer CPM-Bewegungsschiene erfolgt unmittelbar postoperativ als temporäre Maßnahme.

Eine Lieferung umfasst die Anfahrt (Auslieferung und Abholung), Montage, das ggf. für den Betrieb und die Nutzung erforderliche Zubehör und die Beratung sowie Einweisung vor Ort. Bedarf es wiederaufladbarer Batterien/ Akkus als Nutzungsvoraussetzung, gehört zusätzlich ein Ladegerät zum Lieferumfang.

#### 4.5 Qualität der Lieferung

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllt werden.

Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung diesen gegenüber gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen, sofern für die Produktart Qualitätsstandards definiert wurden. Sollte ein Produkt ausgeliefert werden, welches noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, erbringt der Leistungserbringer einen geeigneten Nachweis über die Erfüllung vorgenannter Kriterien bei der KKH.

#### 4.6 Leistungsort

Der Leistungserbringer hat die Lieferung des Hilfsmittels und die Erbringung der weiteren von ihm zu erbringenden Leistungen "vor Ort", d.h. in der Häuslichkeit / am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen durchzuführen, soweit nachfolgend bzw. im Vertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

Auf Wunsch des Versicherten erfolgen die Dienstleistungen auch im Zusammenhang mit einer erforderlichen Krankenhausentlassung.

Hausbesuche dürfen nur nach vorheriger Terminabsprache mit dem Versicherten (ggf. dessen Pflegeperson / gesetzlichen Vertreter) erfolgen.

#### 4.7 Kontaktdaten und Servicetelefon

Bei Lieferung der Hilfsmittel informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in geeigneter Form über seine Kontaktdaten (einschließlich des Servicetelefons).

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung, Erteilung von Auskünften und die Annahme von (Reparatur-) Aufträgen. Der Leistungserbringer hat hierzu ein Servicetelefon (mindestens Montag bis Freitag täglich 8 Stunden im Rahmen von 7.00 bis 19.00 Uhr sowie darüber hinaus während seiner weiteren Geschäftszeiten) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen, d.h. die Telefonate sind im Regelfall persönlich anzunehmen. Ist dies nicht möglich, muss eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen werden können. In diesem Fall muss der Rückruf innerhalb eines Werktages erfolgen. Eine Gesprächszeitlimitierung erfolgt nicht. Die für die Versicherten - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - kostenfreie Telefonnummer ist dem Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme bekanntzugeben.

#### 4.8 Einweisung in Handhabung und Verwendung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer weist bei Lieferung des Hilfsmittels den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson persönlich in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels analog § 5 MPBetreibV ein und führt eine Funktionsprüfung durch. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson über die sachgerechte Reinigung und Pflege des Hilfsmittels.

Sofern der Versicherte eine kurze Erprobung wünscht, führt der Leistungserbringer diese mit ihm „vor Ort“ durch.

Dem Versicherten oder dessen Pflegeperson ist zusätzlich zur persönlichen Einweisung eine schriftliche Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache auszuhändigen.

#### 4.9 Beratung / Nachbetreuung des Versicherten

Der Leistungserbringer berät soweit erforderlich den Versicherten bzw. die ihn betreuende(n) Person(en) bezüglich des Hilfsmiteleinsatzes und führt die erforderliche Nachbetreuung (insbesondere Klärung ggf. auftretender Fragen des Versicherten oder erforderliche Folgeeinweisungen in die Handhabung des Hilfsmittels) durch. Er führt hierzu soweit erforderlich nach vorheriger Terminabsprache Besuche "vor Ort" durch.

Die hilfsmittelbezogene Beratung erfolgt insbesondere mit dem Ziel, den Versicherten bzw. die ihn betreuende(n) Personen in die Lage zu versetzen, die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel in seiner Funktion zu bedienen und zu beherrschen. Sie erfolgt insbesondere in folgenden Gebieten:

- Beratung und Information über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel
- Beratung bei der Auswahl und ggf. Anpassung der geeigneten Versorgung
- Beratung zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen

#### 4.10 Einholung einer Empfangsbestätigung / Lieferdokumentation

Den Lieferungen ist eine Empfangsbestätigung beizufügen, die Angaben über Art der abgegebenen Hilfsmittel sowie zum Versorgungszeitraum enthält.

Der Leistungserbringer hat sich den Empfang der Lieferung durch den Versicherten, dessen gesetzlichen Vertreter oder dessen betreuende Person gem. Anlage 03: „Empfangsbestätigung Versicherter/Einweisung Funktionsprüfung“ (Mustervordruck) oder inhaltlich entsprechend bestätigen zu lassen. Zur Dokumentation und als rechnungsbe gründende Unterlage für die Abrechnung der Vergütungspauschale (Hilfsmittelkennzeichen 08) ist eine Empfangsbestätigung (auch digitale Unterschrift des Versicherten, die Original-Unterschrift des Versicherten als Empfangsbestätigung auf der Rückseite der medizinischen Verordnung oder die Empfangsbestätigung in Kopie) ausreichend. Diese muss den Abrechnungsunterlagen beigelegt werden.

Für die Abrechnung der Folgepauschale (Hilfsmittelkennzeichen 09) ist keine Empfangsbestätigung notwendig.

Für jede andere im Rahmen des Vertrages erbrachte Lieferung ist die vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung (auch digitale Unterschrift) einzuholen.

Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

#### 4.11 Bearbeitung von Reklamationen / Ersatzversorgung im Reparaturfall

Der Leistungserbringer hat die Versorgung während des Versorgungszeitraums sach- und fachgerecht sicherzustellen. Tritt während des Einsatzes des Hilfsmittels ein Defekt an diesem auf, hat der Leistungserbringer ein vergleichbares Ersatzhilfsmittel dem Versicherten kostenlos zur Verfügung zu stellen oder das Hilfsmittel auszutauschen. Die Kosten der Ersatzversorgung, der Abholung und Austausch des Hilfsmittels beim Versicherten sind in der Pauschale je vertragsgegenständlichem Hilfsmittel gemäß Anhang 1: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und gemäß Anhang 2: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ abgegolten. Der Leistungserbringer hat die Auslieferung und Abholung der Hilfsmittel sicherzustellen. Der Leistungserbringer garantiert die gleichwertige Ersatzversorgung möglichst innerhalb von einem Werktag, spätestens jedoch am zweiten Werktag nach der Mängelmeldung.

Erhält die KKH die Information über den Reparaturbedarf des vom Leistungserbringer gelieferten Hilfsmittels unmittelbar vom Versicherten, informiert diese den Leistungserbringer unverzüglich.

#### 4.12 Dienst- und Serviceleistungen

Neben der fachgerechten Versorgung mit den Hilfsmitteln nach dieser Anlage beinhaltet die Versorgung alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Ausprobieren, Anpassung, Montage, Anleitung, Abgabe, Reparaturen, Einsatz erforderlicher Ersatzgeräte, Auftragsannahme, Wartung, Abholung, Lieferung, Entsorgung sowie Nachbetreuungen der Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer.

#### 4.13 Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nach Ziff. 4.1 bis 4.12 nachvollziehbar festgehalten werden.

Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentation und übermittelt diese auf Anforderung an die KKH.

### 5 **Personelle Anforderungen**

Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifizierungskriterien genannten personellen Anforderungen.

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.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige fachliche Information und Einweisung, z. B. durch den Hersteller des Hilfsmittels, für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag weitergebildet sind.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich und seine Mitarbeiter durch regelmäßige fachspezifische Weiterbildung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten. Die Schulungen der Mitarbeiter sind vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

Die telefonische Beratung, Auftragsannahme und Auslieferung der Hilfsmittel ohne Beratungsbedarf kann durch andere Mitarbeiter erfolgen. Die Anforderungen an das Personal finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

### 6 **Fortführen einer Versorgung**

Nach Ablauf des 5-Wochen-Zeitraums ist für jede weitere Verlängerungswoche eine entsprechend begründete ärztliche Verordnung vorzulegen, sofern nicht bereits bei Beginn der Versorgung eine ärztliche Verordnung über den genehmigten Versorgungszeitraum hinaus vorlag. Eine verspätete Geräteübergabe nach Ablauf des verordneten und genehmigten Zeitraums geht nicht zu Lasten der Krankenkasse.

Soll die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln über den vereinbarten/genehmigten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer frühestens 14 Tage, spätestens 5 Tage vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses schriftlich mitzuteilen und eine entsprechend begründete ärztliche Verordnung dem Kostenvoranschlag beizufügen, sofern nicht bereits bei Beginn der Versorgung eine ärztliche Verordnung über den genehmigten Versorgungszeitraum hinaus vorlag.

Sofern der KKH noch kein Operationsbericht vorliegt, ist dieser bei dem Kostenvoranschlag für eine Verlängerung vorzulegen (soweit vorliegend beim Leistungserbringer).

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag nach Maßgabe der Anlage 02: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben.

## **7 Abholung des Hilfsmittels**

Die Abholung des Hilfsmittels nach Beendigung des genehmigten Versorgungszeitraumes erfolgt ausschließlich durch den Leistungserbringer. Die Kosten für die Abholung sind in der Pauschale gemäß Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und gemäß Anhang 02: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ für das jeweilige vertragsgegenständliche Hilfsmittel enthalten.

## **8 Vergütung**

Für die Versorgung der Versicherten mit “Fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen“ gelten die festgelegten Pauschalen je vertragsgegenständlichem Hilfsmittel gemäß Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und gemäß Anhang 02: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“.

Mit der Pauschale je vertragsgegenständlichem Hilfsmittel gemäß Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ und gemäß Anhang 02: „Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“ sind die Kosten für alle im Vertrag und in dieser und den weiteren Anlagen genannten Leistungen abgegolten.

## **9 Informationspflicht bei Abweichungen vom Vertrag**

Die KKH ist durch den Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich über alle diese Anlage betreffenden Abweichungen von vertraglichen Fristen und den dazugehörigen Gründen zu informieren, sobald der Leistungserbringer hierrüber Kenntnis erlangt hat. Die Information hat der Leistungserbringer an die gem. Anlage 02: „Datenübermittlung“ zu übermitteln.



## Anlage 02: „Datenübermittlung“

1. Kostenvoranschlag
- 1.1 Notwendige Inhalte des KVA
- 1.2 Beschreibung Übermittlungsverfahren elektronischer Kostenvoranschlag
- 1.3 Übermittlung per Papierversion
2. Zuständige Stellen für Rückfragen

### 1. Kostenvoranschlag

#### 1.1 Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

1. Name, Anschrift und IK des Auftragnehmers,
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.: 32.04.01.0.000),
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. bei Übermittlung des KVA in Papierversion ist die vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen (inklusive Arztnummer und/oder IK des Krankenhauses). Die Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung im Original entfällt bei Übermittlung per eKV.
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.
10. Dem Kostenvoranschlag ist für Erstversorgungen immer eine ärztliche Verordnung beizufügen und eine Kopie des OP-Berichtes (soweit vorliegend beim Leistungserbringer).

## 1.2 Beschreibung Übermittlungsverfahren elektronischer Kostenvorschlag

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvorschlages (eKV) durch den Leistungserbringer erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Weg. Die KKH nutzt für die Übermittlung der eKV-Daten Datendienstleistungsfirmen. Diese Unternehmen nehmen die Daten der Leistungserbringer an, bereiten diese auf und leiten sie an die KKH weiter. Die Entscheidungsdaten werden ebenfalls auf diesem elektronischen Weg zurückübermittelt.

Es sind folgende Unternehmen für das elektronische Kostenvorschlagsverfahren bei der KKH angeschlossen:

### **medicomp**

#### **Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH**

Hoheloostr. 14  
67065 Ludwigshafen  
Telefon: 0621 671 782 79  
E-Mail: [support@medicomp.de](mailto:support@medicomp.de)  
Internet: [www.medicomp.de](http://www.medicomp.de)

### **optadata.com GmbH**

Leimkugelstr. 13  
45141 Essen  
Telefon: 0201 890 64 640  
E-Mail: [support@egeko.com](mailto:support@egeko.com)  
Internet: [www.egeko.com](http://www.egeko.com)

### **HMM Deutschland GmbH**

Eurotec-Ring 10  
47445 Moers  
Telefon: 0800 8882500  
E-Mail: [support@hmmdeutschland.de](mailto:support@hmmdeutschland.de)  
Internet: [www.hmmdeutschland.de](http://www.hmmdeutschland.de)

### **azh Abrechnungs- und IT-Dienstleistungszentrum für Heilberufe GmbH**

Einsteinring 41-43  
85609 Aschheim bei München  
Telefon: 0 89 9 21 08 - 3 33  
E-Mail: [info@azh.de](mailto:info@azh.de)  
Internet: [www.azh.de](http://www.azh.de)

### **VSA Verrechnungsstelle der Süddeutschen Apotheken GmbH**

Tomannweg 6  
81673 München  
Telefon: 089 / 43 184 184  
E-Mail: [service@vsa.de](mailto:service@vsa.de)  
Internet: [www.vsa.de](http://www.vsa.de)

**Achtung: eKV-Dienstleistung ausschließlich für Apotheken!**



Der Leistungserbringer hat sich zwecks Umsetzung direkt mit einer der o.g. Firmen in Verbindung zu setzen. Die Kosten für die Übermittlung trägt der Leistungserbringer. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit den 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 3 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. 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

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

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

von	bis	HMZ
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera
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

von	bis	HMZ
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera
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

von	bis	HMZ
75015		Gera
75031	75038	Bremen

von	bis	HMZ
99842	99998	Gera

**Anlage 03: „Empfangsbestätigung Versicherter / Einweisung, Funktionsprüfung“**

**MUSTER**

Versicherten-Nr. ....

Datum .....

**Empfangsbestätigung und Bestätigung der Einweisung, Funktionsprüfung**

Herr/Frau .....

Geburtsdatum: .....

hat am .....

durch den **Vertragspartner**: .....

der KKH

folgendes Hilfsmittel: .....

Hersteller: .....

Hilfsmittelpositionsnummer: .....

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

Vereinbarung:

Der/die Versicherte erklärt hiermit, dass er/sie das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten hat und eine Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Funktionsprüfung erfolgt ist.

Der/die Versicherte verpflichtet sich

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

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des o.g. Vertragspartners der KKH.

Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an den o.g. Vertragspartner zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit ihrer KKH-Servicestelle in Verbindung.

....., den .....  
Unterschrift Versicherte/r<sup>1</sup>

Oder, sofern durch den/die Versicherte/n nicht möglich, Unterschrift von:

....., den .....  
Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in

oder Unterschrift von:

....., den .....  
Unterschrift Pflegeperson

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel Lieferant

---

<sup>1</sup> Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

## **Anlage 04: „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“
  - Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein
  - Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich)
  - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
  - 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.
  - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung)
  - Angabe der Verwaltungsnummer 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 datenannahmenden 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](http://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 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)
- (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.

## Anhang 01: „Fremdkraftbetriebene Knie- und Schulterbewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung“

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

**19 99 E32**

### § 1 Grundsätzliches

Es gelten die Regelungen des Rahmenvertrages mit seinen Anlagen.

### § 2 Preise

- (1) Die Vergütung für die Versorgung der Versicherten mit Knie- und Schulterbewegungsschienen erfolgt gemäß § 7 des Rahmenvertrages als Vergütungspauschale.
- (2) Bei der Erstpauschale handelt es sich um eine Einsatzpauschale, die die Zurverfügungstellung der vertraglich geregelten Hilfsmittel für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit – längstens jedoch für 5 Wochen – zum Inhalt hat.
- (3) Die Vergütungspauschalen betragen:

Hilfsmittel- positions- Nr.	Bezeichnung	Hilfsmittel- kennzeichen	Preis in € netto	Anzahl	Zuzahlung
<b>32.04.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene - Miete bis <b>5 Wochen</b>	08	260 €	1 (35 Kalendertage)	10 €
<b>32.04.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschiene - Miete für <b>jede weitere Woche</b>	09	30 €	1 (pro Woche)	—
<b>32.09.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene - Miete bis <b>5 Wochen</b>	08	330 €	1 (35 Kalendertage)	10 €
<b>32.09.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschiene - Miete für <b>jede weitere Woche</b>	09	50 €	1 (pro Woche)	—

**Anhang 2: “Sonstige Fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen inkl. Preisvereinbarung”**

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

**19 99 E21**

**§ 1 Grundsätzliches**

Es gelten die Regelungen des Rahmenvertrages mit seinen Anlagen.

**§ 2 Preise**

- (1) Die Vergütung für die Versorgung der Versicherten mit sonstigen fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen erfolgt gemäß § 7 des Rahmenvertrages als Vergütungspauschale.
- (2) Bei der Erstpauschale handelt es sich um eine Einsatzpauschale, die die Zurverfügungstellung der vertraglich geregelten Hilfsmittel für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit – längstens jedoch für 5 Wochen – zum Inhalt hat.
- (3) Die Vergütungspauschalen betragen:

Hilfsmittel- positions- Nr.	Bezeichnung	Hilfsmittel- kennzeichen	Preis in € netto	Anzahl	Zuzahlung
<b>32.02.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Sprunggelenksbewegungsschiene - Miete bis <b>5 Wochen</b>	08	260 €	1 (35 Kalendertage)	10 €
<b>32.02.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Sprunggelenksbewegungsschiene - Miete für <b>jede weitere Woche</b>	09	30 €	1 (pro Woche)	—
<b>32.07.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Hand-/Fingerbewegungsschiene - Miete bis <b>5 Wochen</b>	08	330 €	1 (35 Kalendertage)	10 €
<b>32.07.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Hand-/Fingerbewegungsschiene - Miete für <b>jede weitere Woche</b>	09	50 €	1 (pro Woche)	—
<b>32.08.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Ellenbogenbewegungsschiene - Miete bis 5 Wochen	08	330 €	1 (35 Kalendertage)	10 €
<b>32.08.01.0</b>	Fremdkraftbetriebene Ellenbogenbewegungsschiene - Miete für jede weitere Woche	09	50 €	1 (pro Woche)	—