

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

Die KKH hat gemeinsam mit der hkk, mit Wirkung zum 01.08.2023, einen Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung ihrer Versicherten mit Kommunikationshilfen und Adaptionshilfen als Kauf-/Wiedereinsatzprodukte geschlossen. Diesem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Beitritt gegenüber der betreffenden Ersatzkasse, wie nachfolgend beschrieben, separat zu erklären ist. Der Vertrag hat eine unbefristete Gültigkeit.

Für einen Beitritt der hkk nutzen Sie den hkk Vertragsmanager der Firma medicomp (<https://www.mip-ekv.de/KSV/MSM/modules/Vertraege/index.php?KT=HKK>).

Für den Beitritt bei der KKH verwenden Sie bitte die beigelegte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt¹ mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat für die Versorgungsbereiche **16A**, **02B** und **02C** bevorzugt per **E-Mail** an folgenden Empfänger:

zhm@kkh.de

oder per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Achten Sie bitte darauf, dass, wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt wird, alle Unternehmen/Betriebsstätten unter Angabe der IK aufgelistet werden und die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung für alle Unternehmen/Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, als Kopie beigelegt wird.

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.**

Unabhängig von einer Beitrittsmöglichkeit haben Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer die Möglichkeit der Vertragsverhandlung nach §127 Abs. 1 SGB V mit der KKH.

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an:

- Frau Stefanie Schulze (E-Mail: stefanie.schulze@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3343) oder
- Herr Sven Fricke (E-Mail: sven.fricke@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3347)

aus dem Referat Hilfsmittel.

¹ Für eine zweifelsfreie Zuordnung des Vertrages ist die Verwendung des Deckblattes unbedingt erforderlich.

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Hier: Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Kommunikationshilfen (PG 16) und Adaptionshilfen (PG 02)

Sehr geehrte Frau Schulze,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Kommunikationshilfen (PG 16) und Adaptionshilfen (PG 02).

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Kommunikationshilfen (PG 16) und Adaptionshilfen (PG 02)

Leistungserbringergruppenschlüssel: siehe Punkt 2

Leistungserbringer

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. 2 SGB V. Der Beitritt wird nach positiver Prüfung der eingereichten Unterlagen mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam.

Der Beitritt wird für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt:

☐ Nein, der Beitritt wird nur für die o.g. Betriebsstätte erklärt.

☐ Ja, der Beitritt wird für folgende Betriebsstätten erklärt *[Bitte geben Sie hier die Institutionskennzeichen an, für die der Beitritt erklärt wird]:*

2. Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den Beitritt zu folgenden Produktgruppen *[Zutreffendes bitte ankreuzen]*:

- ☐ Produktgruppe 02 Adaptionshilfen - LEGS 19.99.O52
- ☐ Produktgruppe 16 Kommunikationshilfen - LEGS 19.99.O53

3. Dieser Beitrittsvertrag sieht einen bundesweiten Beitritt vor. Wünschen Sie jedoch einen teilweisen Beitritt auf Bundeslandebene, werden wir dies individuell prüfen.

Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den *[Zutreffendes bitte ankreuzen.]*:

- ☐ vollständigen Beitritt - bundesweit
- ☐ teilweisen Beitritt - in folgenden Bundesländern:

- ☐ Baden-Württemberg
- ☐ Bayern
- ☐ Berlin
- ☐ Brandenburg
- ☐ Bremen
- ☐ Hamburg
- ☐ Hessen
- ☐ Mecklenburg-Vorpommern
- ☐ Niedersachsen
- ☐ Nordrhein-Westfalen
- ☐ Rheinland-Pfalz
- ☐ Saarland
- ☐ Sachsen
- ☐ Sachsen-Anhalt
- ☐ Schleswig-Holstein
- ☐ Thüringen

4. 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 Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

5. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten.
6. Wir bestätigen hiermit, dass die Versicherten die Auswahlmöglichkeit zwischen einer hinreichenden Anzahl von aufzahlungsfreien, für die Versorgung geeigneten Hilfsmitteln haben.
7. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass ein Vergütungsanspruch für die Versorgung nicht besteht, wenn nicht alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.
8. Wir bestätigen, dass wir für die Antragsstellung ausschließlich die eKV Schnittstelle MIP medicomp verwenden.
9. 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 über die Versorgung mit Kommunikations- und Adaptionshilfen

gemäß § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen

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

und

hkk
vertreten durch den Vorstand
Martinistraße 26
28195 Bremen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

und

Leistungserbringer:

IK: _____

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

Präambel

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

§ 1 Gegenstand des Vertrages

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

Bestandteile des Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- Zusatz A1 KKH – Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)
- Zusatz A2 hkk – Verfahren für Kostenvoranschläge, Rechnungslegung (nach § 302 SGB V), Vertragsdaten- sowie Lagerverwaltung
- Anlage 1 – Leistungsbeschreibung über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 und 16
- Anhang 1 zur Anlage 1 – Bedarfsermittlungsbogen (Beratungsbericht)
- Anlage 2a – Preisvereinbarung für die Versorgung mit Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)
- Anlage 2b – Preisvereinbarung für die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16)

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

§ 2 Vertragsteilnahme

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

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

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

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

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

(5) Organisatorische oder strukturelle Veränderungen des Leistungserbringers mit Auswirkungen auf die vertraglichen Regelungen (zum Beispiel Zusammenschluss zweier Firmen) müssen den Krankenkassen umgehend schriftlich mitgeteilt werden.

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

§ 3 Geltungsbereich

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

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

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

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

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

Dabei werden insbesondere Kenntnisse in den Bereichen des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG), den Hilfsmittelrichtlinien, den Leitlinien und der Hygienerichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit beziehungsweise über den gesamten Versorgungszeitraum

stellt der Leistungserbringer eine qualitätsgerechte Versorgung sicher. Produktspezifische Besonderheiten sind in den Anlagen geregelt.

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) Die Krankenkassen können die Qualität der Versorgung in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Versichertenbefragungen, Betriebsstättenbesichtigungen oder andere geeignete Mittel, überprüfen. Die Betriebsstättenbesichtigung kann jederzeit innerhalb der üblichen Betriebszeiten unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Werktagen erfolgen. Der Leistungserbringer gewährt den ungehinderten Zutritt zu den versorgungsrelevanten, technischen Bereichen der Betriebsstätte sowie unter

Vorlage einer schriftlichen Einwilligungserklärung des Versicherten die Einsicht in die Dokumentationen der erbrachten Leistungen. Die Krankenkassen können zur Prüfung der leistungsrechtlichen medizinischen Voraussetzungen den Medizinischen Dienst hinzuziehen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

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

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

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

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

§ 5 Art und Umfang der Leistungen

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

- eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche

Versorgung der Versicherten,

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

Darüber hinaus gelten die vertraglichen Regelungen in den Anlagen.

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

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

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

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

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

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

§ 6 Versorgungsablauf

(1) Nach Vorlage der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten oder die Krankenkassen und anschließender Bedarfsfeststellung nach ICF (International Classification of Functioning Disability and Health), inklusive Erstberatung, durch den Leistungserbringer, erstellt der Leistungserbringer unverzüglich ohne schuldhaftes Verzögern einen Kostenvoranschlag gemäß den Zusätzen A1 und A2 dieses Vertrages, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes vereinbart wurde.

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

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

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

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln zeitnah, ohne schuldhaftes Verzögern sicherzustellen. Der Versicherte ist unmittelbar durch den Leistungserbringer über den Versorgungsablauf zu informieren und bei Änderungen und Verzögerungen stets in Kenntnis zu setzen. Gleiches gilt für erforderliche Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Fertigstellungszeitpunkt beziehungsweise zum Reparaturzeitpunkt, ist unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen zulässig. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht in der Frist gemäß Satz 1 beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels zur Verfügung. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für individuell oder handwerklich gefertigte Produkte, Produkte mit individueller handwerklicher Zurichtung oder körpernahe nicht wiederverwendbare Hilfsmittel.

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

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

§ 7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

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

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

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

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

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

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

Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in diesem Vertrag geregelte Produkte sind die in der dafür vorgesehenen Anlage aufgeführten Pseudopositionsnummern zu verwenden. Auf die Nachweis- und Vorlagepflichten der Konformitätserklärungen sowie eines Gleichwertigkeitsnachweises gemäß § 7 Absatz 4 Satz 4 wird verzichtet, sofern kein gelistetes Hilfsmittel in der betreffenden Produktart existiert. In diesen Fällen genügt der Nachweis der CE-Kennzeichnung aus. Im Kostenvoranschlagsverfahren ist in diesen Fällen die entsprechende Produktart entsprechend den Anlagen 2a und 2b aufzuführen und die 8.-10. Stelle der Positionsnummer mit 900 zu füllen, sofern das Hilfsmittel nicht im Rahmen der Lagerverwaltung (entsprechend § 2 der Anlage 1) zur Versorgung kommt. Es ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei den Krankenkassen einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Die Regelungen in den Zusätzen A1 und A2 sind maßgeblich.

Für die Versorgung mit Dynamischen Systemen mit Sprach- und Sichtausgabe (Produktuntergruppe 16.99.03) kommen ausschließlich im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte für die Versorgung der Versicherten in Betracht.

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

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

(5) Der Leistungserbringer verfügt über eine Zertifizierung nach ISO 13485 oder 9001 beziehungsweise ein hausinternes Qualitätsmanagement.

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

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

Krankenkassen gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben, insbesondere:

- Er übernimmt produktartunabhängig für alle in den Anlagen dieses Rahmenvertrages geregelten Medizinprodukte sofern zutreffend die Einweisung und Instandhaltung nach Vorgaben des Herstellers. Die Vergütung für notwendige Instandhaltungsmaßnahmen ergibt sich aus den maßgeblichen Produkthanlagen.
- Darüber hinaus übernimmt der Leistungserbringer bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte die Dokumentation der Einweisung (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV).
- Für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV übernimmt der Leistungserbringer zusätzlich das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) sowie die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV), alle zwei Jahre mit Ablauf des Monats, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde. Unter Beachtung von Herstellerangaben und gegebenenfalls kassenseitig vorliegender Informationen und Erkenntnissen, können kürzere Intervalle sachgerecht sein.
- Der Leistungserbringer setzt für Instandhaltungen sowie für sicherheitstechnische Kontrollen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen.

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

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

(9) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Bezeichnung der Produktart. Weiterhin sind die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie gegebenenfalls weitere Hinweise des Arztes zu beachten. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, gegebenenfalls unter Angabe der zehnstelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses verordnet, ist eine entsprechende Begründung erforderlich. Die Krankenkassen können in begründeten Fällen durch den MD gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1

SGB V prüfen lassen, ob das verordnete Produkt medizinisch notwendig und gemäß § 33 SGB V erforderlich ist.

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

§ 8 Kostenvoranschlag

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

§ 9 Abrechnungsregelung

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

§ 10 Vergütung

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

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

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

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

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

§ 11 Beratung der Versicherten und Dokumentation

(1) Der Leistungserbringer ist nach § 127 Absatz 5 SGB V verpflichtet, die

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

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

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

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

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

§ 12 Wettbewerb und Werbung

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

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

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

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

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

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

§ 13 Vertragsverstöße und Vertragsstrafe

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

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

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

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

§ 14 Insolvenz und Betriebsaufgabe des Leistungserbringers

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

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

§ 15 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), SGB X, Landesdatenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) einzuhalten.

(2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Artikel 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie zum Beispiel Name, Vorname,

Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten und so weiter) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

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

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

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

§ 16 Haftung und Gewährleistung

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

(2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme beziehungsweise Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten beziehungsweise einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Abweichende Regelungen ergeben sich aus den produktspezifischen Anlagen. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernden oder abzugebenden Hilfsmittel gemäß den gesetzlichen Regelungen. Der Gewährleistungszeitraum im Wiedereinsatzverfahren beträgt für Ersatzteile und Zubehör 12 Monate. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig. Es gelten für Gewährleistungsansprüche die gesetzlichen Verjährungsfristen.

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

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

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

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

§ 17 Sonderkündigungsrecht

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

- a) die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 des Rahmenvertrages nicht mehr gegeben sind,
- b) die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund einer bereits erfolgten oder bevorstehenden Aufsichtsordnung durch die zuständige Aufsichtsbehörde unzulässig ist.

(2) Die Krankenkassen können 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.

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

§ 18 Salvatorische Klausel

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

§ 19 Vertragsbeginn und Laufzeit

(1) Der Vertrag tritt am 01.08.2023 in Kraft und gilt für unbestimmte Zeit.

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

(3) Dieser Vertrag und seine Anlagen sowie Anhänge können von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Monatssende, frühestens zum 31.07.2025 ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge und Anlagen mit ein. Auch im Falle einer Kündigung ist der Leistungserbringer verpflichtet, die bereits genehmigten Versorgungen bis zum Ende des Genehmigungszeitraumes nach den Bestimmungen dieses Vertrages zu Ende zu führen.

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

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

Anlage 1 – Leistungsbeschreibung über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 und 16

§ 1 Leistungsbeschreibung

(1) Mit der in den Anlagen 2a und 2b vereinbarten Vergütungen sind die im Vertrag beschriebenen Hilfsmittel, Leistungen und alle im Zusammenhang mit der Versorgung stehenden Dienst- und Serviceleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere Beratung sowie Ausprobieren (inkl. kurzzeitiger Erprobung/Austesten der Eignung sowie Nutzung der Hilfsmittel für den konkreten Einzelfall), Anleitung, Anpassung, Lieferung, Montage, Verpackungsmaterial, Fahrkosten, Abholung und gegebenenfalls Entsorgung sowie eine umfassende Einweisung der Versicherten oder deren betreuenden Personen.

(2) Die Erstberatung umfasst sämtliche Gespräche mit allen Beteiligten, die Terminvereinbarungen mit allen am Versorgungsprozess beteiligten Personen, De-/Rüstzeiten, Produktauswahl zur Ersterprobung, die Lagerpool-Abfrage entsprechend des Beratungsergebnisses sowie Beratung und die erste Personalisierung. Bei der Ersterprobung /-beratung wird der individuell notwendige Hilfsmittelbedarf des Versicherten ermittelt. Die potenziell geeigneten Hilfsmittel werden vorgestellt sowie getestet.

Mit der in den Anlagen 2a und 2b vereinbarten Vergütung sind die Einweisungen des Versicherten, der Angehörigen, der Lehrer und Therapeuten und die technische Einrichtung des Gerätes abgegolten. Sicherungs- beziehungsweise Speicherplatzkosten auf dem zentralen Server für die Dauer von drei Jahren sowie die Aufwendungen für Terminvereinbarung, Rüstzeiten, Datensicherung, Dokumentation nach den maßgebenden Vorschriften, die Erfassungen in den von den Kassen vorgegebenen Systemen (entsprechend der Zusätze A1 und A 2), Abrechnungs- und Verwaltungskosten sind mit der vertraglich vereinbarten Vergütung abgegolten. Des Weiteren stellt der Leistungserbringer eine Fernwartung (alle zwei Jahre) und einen Telefonsupport sicher.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen, werden abgefragt. Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung, körperliche Einschränkungen des Versicherten, das therapeutische Ziel und soweit erforderlich das soziale Umfeld des Versicherten nach ICF (International Classification of Functioning Disability and Health).

Einweisungen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der Kommunikations- und/oder Adaptionshilfe stehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

Soweit innerhalb der Beratung eine Erprobung der/des geeigneten Hilfsmittel/s erfolgt, ist das Erprobungsergebnis in dem Beratungsbericht zu dokumentieren. Hierfür ist inhaltlich das als Anhang 1 zur Anlage 1 - Bedarfsermittlungsbogen (Beratungsbericht) beigefügte Muster zu nutzen. Sofern eigene Dokumente verwendet werden, sind diese inhaltsgleich zu verwenden. Bei Abweichungen sind die Dokumente den Krankenkassen vor Verwendung vorzulegen.

Die Schulung beinhalten sämtliche Kosten für Terminvereinbarungen mit allen am Versorgungsprozess beteiligten Personen sowie die Schulungszeit. Bei der Durchführung der Schulung ist darauf zu achten, dass der Versicherte und mindestens eine Person aus dem

festen Umfeld des Versicherten (z. B. gesetzlicher Vertreter, Elternteil, Partner) an der Schulung teilnehmen. Werden Kommunikations- und Adaptionshilfen gemeinsam versorgt, können für die Versorgung des Versicherten lediglich einmal und nicht je Hilfsmittel die Kosten für die Schulung angesetzt werden. Im Kostenvoranschlag ist die Positionsnummer entsprechend des Haupthilfsmittels anzugeben.

(3) Eine Nachschulung ist bei gravierenden Versorgungsveränderungen – frühestens 6 Monate nach Beginn der Versorgung, sofern sich das feste Umfeld des Versicherten derart verändert, sodass ohne eine Nachschulung das Bedienen bzw. die Nutzung der Kommunikations- sowie Adaptionshilfe nicht mehr möglich ist, per Kostenvoranschlag einreichbar. Die Gründe der Notwendigkeit einer Nachschulung sind nachvollziehbar/verständlich anzugeben. Sollte aus nachvollziehbaren Gründen, trotz bereits erfolgter Nachschulung eine weitere Schulung erforderlich sein, kann vom Leistungserbringer eine weitere Nachschulung beantragt werden. Erforderliche Fahrkosten für eine persönliche Nachschulung vor Ort beim Versicherten können gemäß Absatz 4 dieser Anlage im Kostenvoranschlagsverfahren eingereicht werden.

(4) Fahrkosten können einmalig je Versorgungsfall im Zusammenhang mit der Auslieferung der Kommunikations- beziehungsweise Adaptionshilfe im Rahmen des Kostenvoranschlags beantragt werden.

Werden Kommunikations- und Adaptionshilfen gemeinsam versorgt, können die Fahrkosten in Zusammenhang mit der Versorgung und Auslieferung entsprechend Absatz 1 lediglich einmal und nicht je Hilfsmittel angesetzt werden. Im Kostenvoranschlag ist die Positionsnummer entsprechend des Haupthilfsmittels anzugeben.

(5) Die Vergütung für die Anlage eines individuellen Seitensets beinhaltet die telefonische Erstabklärung des Bedarfs, die Terminvereinbarung, eine erste Sichtung, die Anlage und das Aufspielen des individuell gefertigten Seitensets inklusive Herstellung einer Verknüpfung auf dem Gerät, eventuelle Nacharbeiten sowie Rüstzeiten. Diese Position kann nur abgerechnet werden, wenn das Seitenset vollständig individuell erstellt wurde und hierfür keine Vorlage verwendet wurde. Fahrkosten sowie eine Erprobung, Einweisung und Schulung sind mit der Vergütung abgegolten. Der Leistungserbringer nimmt eine Datensicherung vor bzw. befähigt den Versicherten im Rahmen der Einweisung zur eigenständigen Datensicherung auf einem digitalen Speichermedium (z. B. Stick), welches beim Versicherten verbleibt.

(6) In seltenen Fällen kann eine Nachrüstung der Kommunikationssoftware erforderlich sein. Die Arbeitsleistung und Logistik sind mit den vereinbarten Preisen abgegolten. Die Kosten für die erforderliche App werden vom Leistungserbringer direkt an die Krankenkassen weitergegeben.

Für nachträglich eingebaute Halterungen (Anbringung am Wohnort des Versicherten) kann der Leistungserbringer einmalig Fahrkosten beantragen sowie eine Stunde Arbeitszeit anrechnen. Er ist für die Montage sowie die Einweisung des Versicherten in die Handhabung zuständig. Wird die Halterung zusammen mit der Kommunikationshilfe geliefert, können keine zusätzlichen Fahrkosten angesetzt werden.

(7) Die Wartungen und Sicherheitstechnische Kontrolle beinhaltet die Reinigung und Wischdesinfektion der einzelnen Komponenten, die Sicht- und Funktionsprüfung, die

Einzelprüfung des Hilfsmittels und der einzelnen Anbauelemente (externe Sensoren, Halterungen oder Ansteuerungsmodule) auf Funktion und Beschädigung, die Sicherheitsprüfung und Messung von stromführenden Netzgeräten, Softwareupdates ohne lizenzrechtliche Erweiterungen, Datenbereinigung (temporärer Systemdateien), die Datensicherung sowie die Dokumentation der Prüfungen und Messungen.

(8) Sind für Produktarten keine Vertragspreise vereinbart, sind die Preise der jeweils aktuellen Preislisten der Hersteller anzugeben. In der Kostenvoranschlagstellung sind die in den Anlagen 2 a und b vereinbarten Rabatte in Abzug zu bringen. Eine aktuelle Preisliste der gängigen Hersteller wird den Krankenkassen jährlich durch den Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.

§ 2 Lagerverwaltung

(1) Der Leistungserbringer erfasst und dokumentiert im Lagerverwaltungssystem entsprechend den Zusätzen A1 und A2 den gesamten Lebenszyklus eines Hilfsmittels vom Neukauf, über (Nach-)Zurüstungen sowie Zubehör(-teile), über Reparatur, Rückkauf, Wartungen und Wiedereinsatz bis zur Verschrottung. Die Modalitäten für die Nutzung des Lagerverwaltungssystems sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu regeln. Die Kosten für die Nutzung des Systems trägt ausschließlich der Leistungserbringer.

Der Leistungserbringer hat dabei die korrekte und vollständige Erfassung der Hilfsmittel und der vom Lagerverwaltungssystem geforderten hilfsmittelspezifischen Merkmale vorzunehmen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, nicht vollständige oder fehlerhafte Daten und Merkmale unverzüglich zu vervollständigen oder zu korrigieren und der Krankenkasse einen Datenänderungsantrag einzustellen.

Durch die Krankenkassen und die Lagerverwaltungssysteme werden bei Bedarf Systemnachrichten für die Leistungserbringer eingestellt. Der Leistungserbringer hat sicherzustellen, dass sämtliche über das System eingestellte Nachrichten gelesen werden und den Verantwortlichen so zur Kenntnis gebracht werden, dass eine Anpassung oder Änderung unmittelbar umgesetzt werden kann.

Die Lagerhaltung der wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel erfolgt dezentral durch den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer hält hierfür geeignete Räumlichkeiten für eine sach- und fachgerechte Lagerung vor.

Der Leistungserbringer hat die Einhaltung der vom Lagerverwaltungssystem vorgegebenen Fristen (zum Beispiel bei Reservierungen, der Bereitstellung von Hilfsmitteln an andere Leistungserbringer und Rückholaufträgen) sicherzustellen.

Im Lagerverwaltungssystem wird für jedes Hilfsmittel einmalig eine Registernummer (Inventarnummer) vergeben. Jede Änderung der Registernummer während des Lebenszyklus ist unzulässig. Die Kennzeichnung des Hilfsmittels erfolgt mittels Aufkleber, die an nicht augenfälliger Stelle am Hilfsmittel anzubringen sind. Die Kennzeichnungen beinhalten die Registernummer, sowie mittels separatem Aufkleber Name, Anschrift und Telefonnummer des ausliefernden Leistungserbringers. Bei jedem Kontakt mit dem Hilfsmittel hat der Leistungserbringer die einwandfreie Lesbarkeit der Registernummer (Inventarnummer) zu prüfen und ggf. den Aufkleber zu erneuern.

Die Abfrage mit Krankenversicherungsnummern von Versicherten, für die kein konkreter Auftrag vorliegt, ist unzulässig.

Die Erfassung von versichertenbezogenen Daten durch den Leistungserbringer, außer der Versichertennummer in dem dafür vorgesehenen Feld, ist datenschutzrechtlich unzulässig und deshalb untersagt.

Hilfsmittel, die noch nicht im Lagerverwaltungssystem erfasst sind, sind unverzüglich mit dem nächsten Kontakt (zum Beispiel bei Reparaturen, Zurüstungen, Einlagerung oder Aussonderung) vom Leistungserbringer zu erfassen. Der Leistungserbringer hat diese mit der Registernummer zu kennzeichnen, die vom System nach der Erfassung vergeben wird.

Sofern durch die falsche Eingabe eines Leistungserbringers den beteiligten Leistungserbringern oder der Krankenkasse Kosten entstehen, sind diese vom Verursacher zutragen. Das gilt zum Beispiel für Transportkosten aufgrund von Falschlieferungen und Kosten aufgrund von falschen Modell-, Eigenschafts- oder Zustandsbeschreibungen.

Bei einem Neukauf ist das wiedereinsatzfähige Hilfsmittel vor Erstellung des Kostenvoranschlags zu registrieren und die Registernummer im Kostenvoranschlag in jeder aufgeführten Position anzugeben. Im Rahmen dieser Registrierung ist der Netto-Kaufpreis des Hilfsmittels an der dafür vorgesehenen Stelle einzutragen. Sofern die Seriennummer des Hilfsmittels zu diesem Zeitpunkt noch nicht angegeben werden kann, muss diese nach erfolgter Genehmigung durch die Krankenkasse vom Leistungserbringer nachgetragen werden. Kommt kein Neukauf zustande, ist über das Lagerverwaltungssystem ein Löschantrag einzustellen und die Registrierung zu löschen.

Bei einem Wiedereinsatz und Reparaturen sind die Daten des Hilfsmittels unverzüglich nach der Genehmigung durch die Krankenkasse und nach Auslieferung des Leistungserbringers an den Versicherten durch den Leistungserbringer zu erfassen. Die Registernummer ist im Kostenvoranschlag in jeder aufgeführten Position anzugeben.

Zubehör und Ersatzteile, die nicht für einen Wiedereinsatz als abfragerrelevant definiert sind (kein Produktgruppenmerkmal), sind -soweit vorhanden - im Datenfeld Ausstattung mit den Artikelnummern des Herstellers zu erfassen. Dies gilt insbesondere auch für Reparaturen. Ausgeliefertes Verbrauchsmaterial ist nicht zu erfassen.

Es sind immer die produkt- und herstellerspezifischen Daten mit den vom Lagerverwaltungssystem geforderten Parametern korrekt und vollständig an der vorgegebenen Stelle zu erfassen. Das gilt auch für Maßeinheiten und Größenzuordnungen. Ausstattungsmerkmale sind in dem dafür vorgesehenen Datenfeld Ausstattung ausführlich zu erfassen. Handelt es sich hierbei um freie Textdaten, sind diese nachvollziehbar und verständlich anzugeben.

Die produktspezifische Seriennummer ist vollständig und korrekt in dem dafür vorgesehenen Feld zu erfassen. Sofern für Hilfsmittel bisher keine Seriennummer erfasst ist, erfolgt die Nacherfassung durch den Leistungserbringer mit dem nächsten kostenverursachenden Vorgang.

Sofern noch nicht vergeben, vergibt die Krankenkasse für nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführte Hilfsmittel eine Interimsnummer. Der Leistungserbringer stellt hierzu über das Lagerverwaltungssystem bei der Krankenkasse einen Antrag auf Vergabe einer Interimsnummer. Der Antrag enthält mindestens die Angabe des Herstellers, der Modellbezeichnung, der Artikelnummer sowie der 7-stelligen Hilfsmittelnummer, in die das Hilfsmittel fällt. Eine Übersicht der bereits vergebenen Interimsnummern ist im Lagerverwaltungssystem hinterlegt.

(2) Der Leistungserbringer hat eines der zum Wiedereinsatz aufgezeigten Hilfsmittel unverzüglich bei der Anfrage zu reservieren und, sofern es nicht bei ihm selbst eingelagert ist, bei dem einlagernden Leistungserbringer anzufordern beziehungsweise kann um eine Überlassung des Hilfsmittels beim einlagernden Leistungserbringer ersuchen (siehe § 2 Absatz 1 zehnter Absatz). Bei Kostenvoranschlagsstellung des Wiedereinsatzes sind gegebenenfalls notwendige Zurüstungen oder Reparaturen festzustellen.

Bei Anfragen von reservierenden Leistungserbringers hinsichtlich der Hilfsmiteleigenschaften oder ergänzender Informationen ist der einlagernde Leistungserbringer auskunftspflichtig. Anfragen sind vom einlagernden Leistungserbringer unverzüglich zu beantworten.

Das angeforderte Hilfsmittel ist vom einlagernden Leistungserbringer unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden nach Anforderung durch den ausliefernden Leistungserbringer, zur Abholung bereitzustellen. Endet die 24-Stunden-Frist auf einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist die Bereitstellung des Hilfsmittels spätestens am darauffolgenden Werktag zu gewährleisten.

Der Versand des Hilfsmittels ist zwischen dem einlagernden und dem ausliefernden Leistungserbringer zu regeln. Die Form des Versandes wird ausschließlich durch den anfragenden Leistungserbringer bestimmt. Das Hilfsmittel muss ordnungsgemäß verpackt sein. Der einlagernde Leistungserbringer übermittelt hierzu auf Anfrage die Verpackungsmaße sowie das Gewicht und beschafft gegebenenfalls eine notwendige zugelassen Umverpackung. Die Kosten der Umverpackung sowie der üblichen Versandkosten erstattet der anfragende Leistungserbringer dem einlagernden Leistungserbringer und reicht diese ohne Aufschlag bei der Kostenvoranschlagsstellung des Wiedereinsatzes gesondert aufgeführt ein. Belege sind der Krankenkasse auf Nachfrage vorzulegen. Ist der Wiedereinsatz durch den Leistungserbringer nicht möglich, kann die Versorgung durch einen anderen Vertragspartner erfolgen. Ist der einlagernde Leistungserbringer in Verzug, haftet er gegenüber dem anfragenden Leistungserbringer und der Krankenkasse.

Die Krankenkassen übernehmen für Schäden am Hilfsmittel oder Verlust des Hilfsmittels während des Versandes keine Haftung. Eventuell entstehende Schäden sind vom anfragenden Leistungserbringer, der den Versand des Hilfsmittels beauftragt hat, zu ersetzen. Unberührt bleibt seine Möglichkeit des Rückgriffs auf den mit dem Transport beauftragten Logistiker. Der anfragende Leistungserbringer hat bei Schäden oder Verlust des Hilfsmittels unverzüglich die Krankenkasse zu informieren. Ist ein angefragtes Hilfsmittel beim einlagernden Leistungserbringer nicht mehr auffindbar, informiert der anfragende Leistungserbringer die Krankenkasse.

Erhält der Leistungserbringer davon Kenntnis, dass die beantragte Versorgung nicht zustande kommt, hat er das reservierte Hilfsmittel unverzüglich wieder freizugeben. Durch

die Freigabe verbleibt das Hilfsmittel bei dem ursprünglich einlagernden Leistungserbringer im Bestand.

Der Leistungserbringer erhält 4 Kalendertage vor Ablauf des im Lagerverwaltungssystem hinterlegten Reservierungszeitraumes eine Nachricht, dass die Reservierung ablaufen wird und diese deshalb gegebenenfalls zu verlängern ist. Wird der Reservierungszeitraum vom Leistungserbringer nicht innerhalb dieser 4 Kalendertage verlängert, wird die Reservierung aufgehoben und das Hilfsmittel wieder freigegeben. Nach Ablauf des Reservierungszeitraumes wird das Hilfsmittel dem Lagerbestand des reservierenden Leistungserbringers zugeordnet. Der reservierende Leistungserbringer hat in diesem Fall das Hilfsmittel unverzüglich zu seinen Lasten in sein Lager zu überführen und für die weitere Verwendung zur Verfügung zu stellen. Für eventuelle Aufwendungen, die anderen Leistungserbringern oder der Krankenkasse durch eine nicht sachgemäße Reservierung entstehen, ist der reservierende Leistungserbringer ersatzpflichtig.

Bei der Verlängerung des Reservierungszeitraumes hat der Leistungserbringer den Grund der Verlängerung in dem dafür vorgesehenen Feld zu erfassen.

(3) Das Lager muss innerhalb der üblichen Geschäftszeiten von Montag bis Donnerstag täglich mindestens sechs Stunden sowie freitags mindestens vier Stunden erreichbar sein. Der angegebene Lagerort muss mit dem tatsächlichen Lagerort des Hilfsmittels übereinstimmen.

Den Mitarbeitern der Krankenkassen oder den von ihnen beauftragten Personen ist während der genannten Zeiten, nach vorheriger Anmeldung, der uneingeschränkte Zugriff auf ihr Eigentum zu gewähren.

(4) Betriebsaufgaben sind den Krankenkassen, unabhängig von den Gründen (gilt auch bei Insolvenz), rechtzeitig schriftlich anzuzeigen. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen anderen von den Krankenkassen nachweislich beauftragten Leistungserbringern zu den üblichen Geschäftszeiten Zugriff auf das Eigentum der Krankenkassen zu gewähren. Die Umbuchung der Hilfsmittel auf die neue Lagerstelle erfolgt in Abstimmung mit den Krankenkassen.

Gleiches gilt, wenn der Leistungserbringer einzelne Produkte des Vertrages nicht mehr beliefert oder nicht mehr beliefern kann.

§ 3 Neuversorgung / Wiedereinsatz

(1) In den Preisvereinbarungen (Anlagen 2a und 2b) ist angegeben, bei welchen Produktarten das sogenannte Kauf-Wiedereinsatzverfahren angewandt wird. In diesen Fällen wird beziehungsweise bleiben die Krankenkassen Eigentümer der von ihnen erworbenen Hilfsmittel. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes gilt immer der Grundsatz Wiedereinsatz vor Neukauf.

(2) Für die Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ist die Teilnahme des Leistungserbringers am Hilfsmittelpool des Lagerverwaltungssystems der Krankenkassen verpflichtend.

(3) Soweit sich geeignete wiedereinsatzfähige Hilfsmittel in einem Hilfsmittellager der Leistungserbringer bzw. Krankenkassen befinden, sind Neulieferungen nicht durchzuführen (Vorrang Wiedereinsatz vor Neuversorgung). Dies gilt auch für die Fälle, in denen ein für die Krankenkasse eingelagertes funktionsgleiches Hilfsmittel durch Umrüstung durch den Hersteller selbst zum Einsatz gelangen kann.

(4) Der Leistungserbringer hat bei wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln vorrangig die Belieferung aus vorhandenen Beständen der Krankenkassen sicherzustellen. Soweit die Umrüstung eines Hilfsmittels aus den Beständen wirtschaftlicher ist als die Belieferung mit einem neuen Hilfsmittel, ist das umgerüstete Hilfsmittel abzugeben. Die Abgabe eines neuen Hilfsmittels kommt nur in Betracht, sofern auf kein geeignetes, gebrauchtes Hilfsmittel aus dem Lagerbestand der Krankenkassen zurückgegriffen werden kann.

Eine Versorgung mit wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ohne vorherige Abfrage im Lagerverwaltungssystem ist unzulässig. Der Leistungserbringer hat auf jedem Kostenvoranschlag und jeder Abrechnung, auch bei Reparaturen und Wartungen, die Registernummer anzugeben. Kostenvoranschläge und Abrechnungen ohne Registernummer werden an den Leistungserbringer unbearbeitet zurückgesendet. Der in der Lagerverwaltung erzeugte Anfragebeleg ist dem Kostenvoranschlag und der Abrechnung beizufügen.

Bei wiederholten Falschabfragen oder wiederholten unnötigen oder unberechtigten Abfragen durch den Leistungserbringer sind die Krankenkassen berechtigt, dem Leistungserbringer die betreffenden Aufträge zu entziehen und einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Hilfsmittels zu beauftragen.

Werden dem Leistungserbringer mehrere Hilfsmittel zum Wiedereinsatz angezeigt, hat er die für diesen Wiedereinsatz wirtschaftlichste Alternative auszuwählen. D.h., dass eine Zurüstung von Zubehör oder Verschleißteilen oder der Abbau von Zubehör zu vermeiden ist. Der Wiedereinsatz ist auf das Maß des medizinisch Notwendigen zu beschränken.

Sofern eine Versorgung mit einem im System verfügbaren wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel nicht möglich ist, hat der Leistungserbringer nachvollziehbar zu begründen, weshalb im Einzelfall für den zu versorgenden Versicherten kein Wiedereinsatz entsprechend dem beizufügenden Positivbeleg geeignet ist, obwohl nach Anfrage im Lagerverwaltungssystem Hilfsmittel zum Wiedereinsatz aufgezeigt werden.

(5) Zeigt das Lagerverwaltungssystem kein zum Wiedereinsatz vorhandenes Hilfsmittel an, druckt der Leistungserbringer den sogenannten „Negativbeleg“ aus und reicht diesen zusammen mit dem Kostenvoranschlag für das notwendige Hilfsmittel zum Neukauf bei der Krankenkasse ein.

(6) Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse neu gekauft, darf das Produktionsdatum des Hilfsmittels maximal 6 Monate zurückliegen.

(7) Im Rahmen der Neulieferung sind die Kosten für die Gerätevorbereitung, diverse Vorarbeiten beziehungsweise die Vormontage sowie sämtliche vom Hersteller vorgeschriebene Sicherheitsprüfungen abgegolten.

(8) Grundsätzlich gilt für die Wiedereinsatzpauschalen, dass kein Höchstpreis festgelegt ist. Die Wiedereinsatzkosten dürfen nicht mehr als 70 % der Kosten für ein gleiches neu zukaufendes Hilfsmittel betragen. Die in der Preisvereinbarung aufgeführten Wiedereinsatzpauschalen beinhalten die Prüfung aller Funktionen, die für das Hilfsmittel spezifisch sind, inklusive Akkucheck sowie das Aufspielen eines Updates, falls erforderlich, eine Sichtprüfung, die nochmalige Reinigung beziehungsweise Desinfektion zur Lieferung, die Ermittlung aller zur Hilfsmittelversorgung notwendigen Parameter, die Beratung (auch vor Ort), die Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels durch qualifiziertes Fachpersonal (auch vor Ort), die Erstellung von Vorführ- oder ähnlichen Belegen, die Anforderung des Hilfsmittels und die Versandkosten (soweit nichts anderes geregelt ist), die Auslieferung des Hilfsmittels, die Dokumentation und die Aushändigung der Bedienungsanleitung. Beträgt die vorhandene Akkuleistung weniger als 70 %, ist vom Leistungserbringer ein neuer Akku einzusetzen. Dieser kann separat veranschlagt werden.

(9) In den Preisvereinbarungen ist beim Neukauf und Wiedereinsatz bei der jeweiligen Produktart angegeben, welche Leistungen zusätzlich beinhaltet und welche Leistungen beziehungsweise Zubehörteile davon ausgenommen sind.

(10) Die Software für die Kommunikationshilfe ist in der Regel im Produktpreis enthalten. Sollte die Software nicht im Produktpreis beinhaltet sein, wird sie extra angeboten. Ein Softwareupdate (kostenfrei durch den Hersteller zur Verfügung gestelltes Update) ist bei einem Neukauf nicht erforderlich und kann frühestens nach 24 Monaten angeboten werden. Sollten sicherheits- oder systemrelevante Updates sowie Updates bei gravierenden Funktionsänderungen erforderlich werden, können diese auch bereits vor Ablauf der 24 Monate per Kostenvoranschlag angeboten werden. Im Wiedereinsatz erfolgt ein Softwareupdate bei Bedarf, sofern es für die Funktionsfähigkeit der Kommunikationshilfe erforderlich ist.

(11) Ist das geeignete, von der Krankenkasse neu zukaufende Hilfsmittel nicht vorrätig, beschafft es der Leistungserbringer unverzüglich. Bis zur Auslieferung stellt er dem Versicherten bei Bedarf ein geeignetes Standardhilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Ansonsten hat er den Auftrag unverzüglich, ohne schuldhaftes Zögern, an die Krankenkasse zurückzugeben.

§ 4 Instandhaltung und Instandsetzung

(1) Reparaturen bedürfen grundsätzlich einer Genehmigung durch die Krankenkassen. Ergänzende kassenspezifische Regelungen sind in den Zusätzen A1 und A2 geregelt.

Bei unaufschiebbaren, genehmigungspflichtigen Reparaturen kann der Leistungserbringer die Durchführung mit den Krankenkassen vorab klären. Die Krankenkassen können Reparaturen jederzeit überprüfen und, insbesondere bei Garantieansprüchen, zu Unrecht abgerechnete Kosten zurückfordern.

(2) Für Reparaturen ist keine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantieansprüche zu achten.

(3) Reparaturen sind durch den Leistungserbringer selbst durchzuführen. Ausgenommen hiervon sind Reparaturen bei Hilfsmitteln, deren Durchführung sich die Hersteller selbst vorbehalten. Der Leistungserbringer hat in diesen Fällen einen Nachweis mit entsprechender Begründung zu erbringen, dass die Reparatur nicht von ihm selbst durchgeführt werden durfte. Eine Reparatur durch den Hersteller (Fremdreparaturen) ist somit nur zulässig, wenn der Hersteller eine Reparatur seiner Produkte durch Dritte ausdrücklich untersagt. Behält sich der Hersteller lediglich bestimmte Instandsetzungen vor, ist die gesamte Reparatur durch den Hersteller durchzuführen. Eine Aufteilung der Reparaturleistung zwischen Leistungserbringer und Hersteller erfolgt in diesen Fällen nicht. Bieten die Hersteller Schulungen für Mitarbeiter an, die zur selbständigen Reparatur berechtigen, ist eine Fremdreparatur nicht zu Lasten der Krankenkassen auszuführen.

Ein Duplikat der Herstellerrechnung beziehungsweise des Kostenvoranschlages des Herstellers ist dem Kostenvoranschlag beziehungsweise bei genehmigungsfreien Reparaturen der Rechnung beizulegen. Der Leistungserbringer ist berechtigt, die Kosten gemäß Herstellerrechnung beziehungsweise des Kostenvoranschlages des Herstellers zuzüglich 15 % Aufschlag bei den Krankenkassen einzureichen beziehungsweise abzurechnen. Hierzu können zusätzlich die Versandkosten (Hilfsmittelversand vom Versicherten zum Leistungserbringer sowie vom Leistungserbringer zum Versicherten) per Kostenvoranschlag eingereicht beziehungsweise abgerechnet werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Reparatur-, Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge für die von ihm gelieferten Hilfsmittel im Standardbereich vorzuhalten.

(4) Anfallende Instandsetzungen sind kurzfristig und sachgerecht auszuführen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. Erforderliche Systemupdates zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels sowie Updates für die Kommunikationssoftware sind zur Verfügung zu stellen und können gesondert beantragt werden. Weitere Updates, insbesondere für Programme, die sich die Versicherten selbst beschafft haben, fallen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen.

(5) Die Reparaturen erfolgen schnellstmöglich ohne schuldhaftes Zögern nach Auftragserteilung grundsätzlich am Einsatzort des Hilfsmittels (beispielsweise Wohnung, Pflegeeinrichtung). Sofern eine Reparatur nicht kurzfristig vor Ort beim Versicherten bzw. innerhalb von 5 Werktagen möglich ist, stellt der Leistungserbringer bei Versorgung von schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen ein geeignetes Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand zur Verfügung. Hat der Leistungserbringer kein geeignetes Ersatzhilfsmittel in seinem Bestand, ist zu überprüfen, ob ein geeignetes, sofort verwendbares Hilfsmittel aus dem eigenen Lagerbestand der Krankenkasse genutzt werden kann. Die Versand- beziehungsweise Fahrkosten können per Kostenvoranschlag bei den Krankenkassen eingereicht werden.

Sofern ein Leihgerät über den Hersteller angefragt wird, ist ein Duplikat der Herstellerrechnung beziehungsweise des Kostenvoranschlages des Herstellers dem Kostenvoranschlag beizufügen. In diesem Fall ist der Leistungserbringer berechtigt, die Kosten gemäß Herstellerrechnung beziehungsweise des Kostenvoranschlages des Herstellers zuzüglich 15 % Aufschlag bei den Krankenkassen einzureichen.

(6) Der Leistungserbringer hat die Reparaturdaten unverzüglich nach Ausführung beziehungsweise nach Genehmigung durch die Krankenkasse ins Lagerverwaltungssystem

zu erfassen. Der nach der Reparaturbuchung erzeugte Reparatur-Beleg ist der Abrechnung verpflichtend beizufügen.

(7) Die Krankenkassen erhalten vom Leistungserbringer einen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung beziehungsweise nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist. Der Grund der Erforderlichkeit der Reparatur ist innerhalb des Kostenvoranschlagverfahrens anzugeben.

§ 5 Rückholung

(1) Die Rückholung der Hilfsmittel ist in den Zusätzen A1 und A2 geregelt.

(2) Die Rückholpauschalen beinhalten immer die Rückholung, Bewertung, datenschutzgerechte Depersonalisierung, Reinigung, Desinfektion, hygienische Aufbereitung, Einlagerung, Lagerhaltung, Bereitstellung für den Transport und gegebenenfalls Versand an einen anderen Leistungserbringer, sowie gegebenenfalls die Entsorgung des Hilfsmittels (außer es ist etwas Abweichendes geregelt), die Bestandsführung sowie alle weiteren im Zusammenhang mit der Rückholung und Einlagerung verbundenen Aufgaben und Tätigkeiten. Es können keine zusätzlichen Fahrkosten angesetzt werden.

§ 6 Einlagerung

(1) Der Leistungserbringer erfasst bei der Einlagerung den Zustand des Hilfsmittels innerhalb eines gerätebezogenen Funktionstests. Die Zustandsbewertung hat in Bezug auf die Wiedereinsatzfähigkeit und Reparaturbedürftigkeit zu erfolgen. Die Zustandsangaben sind dabei so detailliert wie möglich zu erfassen (zum Beispiel Benennung der defekten Teile). Für Aufwendungen, die anderen Leistungserbringern oder der Krankenkasse durch mutwillige falsche Zustandsangaben entstehen, ist der einlagernde Leistungserbringer ersatzpflichtig.

(2) Ist das Hilfsmittel zum Wiedereinsatz geeignet, lagert der Leistungserbringer dieses sach- und fachgerecht ein. Die Einlagerung ist unverzüglich nach erfolgter Rückholung, ohne schuldhafte Verzögerung, im Lagerverwaltungssystem zu erfassen.

(3) Alle wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel der Krankenkassen werden unrepariert, vorgeeignet sowie Datenbereinigt eingelagert, sofern nichts anderes vereinbart ist. Der Versand von nicht vorgereinigten Hilfsmitteln ist unzulässig. Erhält ein Leistungserbringer ein verschmutztes oder ein aufgrund des jeweiligen Zustandes nicht wiedereinsatzfähiges Hilfsmittel, ist hierüber die Krankenkasse zu informieren.

(4) Der Leistungserbringer haftet gegenüber den Krankenkassen für Schäden, die aufgrund nicht adäquater Hilfsmittellagerung entstehen sowie für den Verlust des Hilfsmittels oder einzelnes Zubehör (Teilverlust), für Schäden am Hilfsmittel aufgrund von Witterungseinflüssen oder anderen von ihm zu vertretenden Gründen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den Zeitwert des Hilfsmittels zum Zeitpunkt der Einlagerung zuzüglich zu ersetzen.

(5) Bei Vertragsgültigkeit wird zu Beginn eine Lagerbereinigung durchgeführt. Die Vertragspartner führen regelmäßig, alle 2 Jahre, eine Lagerüberprüfung/-bereinigung durch.

§ 7 Aussonderung

(1) Stellt der Leistungserbringer bei der Rückholung fest, dass ein Hilfsmittel nicht mehr wirtschaftlich für den Wiedereinsatz zu reparieren ist, ist der Krankenkasse durch den Leistungserbringer ein Aussonderungsantrag über das Lagerverwaltungssystem zu stellen.

(2) Die Krankenkasse behält sich vor, im Einzelfall für ein zur Aussonderung vorgeschlagenes Hilfsmittel zur Begutachtung eine vom Leistungserbringer zu übermittelnde Fotodokumentation über den Zustand des Hilfsmittels anzufordern. In diesen Fällen informiert die Krankenkasse den Leistungserbringer.

(3) Mit Genehmigung der Aussonderung geht das Eigentum auf den Leistungserbringer über. Der Aufkleber der Registernummer ist vom Hilfsmittel zu entfernen. Ein ausgesondertes Hilfsmittel darf der Leistungserbringer in keiner Art und Weise wiedereinssetzen.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die umweltgerechte Entsorgung der ausgesonderten Hilfsmittel nach den gesetzlichen Bestimmungen sicherzustellen.

Anlage 2a – Preisvereinbarung über die Versorgung mit Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): 19.99.052

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Umsatz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
02.99.01	Taster/Tasten zur Funktionsauslösung					
02.99.01.0XXX	Elektromechanische Tasten/Tasten- gruppe (drahtgebunden)	00	KV	1	3%	5%
02.99.01.1XXX	Elektromechanische Tasten/Tasten- gruppe (drahtlos)	00	KV	1	3%	5%
02.99.01.2XXX	Elektromechanische Tasten/Tasten- gruppe mit Zusatzfunktion (drahtlos oder drahtgebunden)	00	KV	1	3%	5%
Bei der Produktuntergruppe 02.99.01 wird kein Wiedereinsatzverfahren durchgeführt, da die Hilfsmittel hygienisch nicht aufbereitbar sind.						
02.99.02	Blas- bzw. Blas-Saug-Ansteuerung – Neukauf					
02.99.02.0XXX	Blas-und Saug-Taster zur Auslösung zweier Einzelfunktionen (kontaktlos, ein- stellbar)	00	KV	1	3%	5%
02.99.02.1XXX	Blas-und Saug-Taster zur Auslösung zweier Einzelfunktionen (einstellbar)	00	KV	1	3%	5%
Bei der Produktuntergruppe 02.99.02 wird kein Wiedereinsatzverfahren durchgeführt, da die Hilfsmittel hygienisch nicht aufbereitbar sind.						

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Umsatz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
02.99.03	Sensoren zur Auslösung über Bewegungen					
02.99.03.0XXX	Näherungssensoren	00	KV	1	3 %	5%
02.99.03.1XXX	Tasten/Joystick zur Kopf- und Kinnbedie- nung	00	KV	1	3 %	5%
02.99.03.2XXX	Intraorale Sensorsysteme (individuelle Anfertigungen)	00	KV	1	3 %	5%
02.99.03.3XXX	Auslösung einer Einzelfunktion durch Lichtsteuerung	00	KV	1	3 %	5%
02.99.03.4XXX	Drucksensible Sensoren mit elektroni- scher Auswertung (einstellbar)	00	KV	1	3 %	5%
02.99.03.5XXX	Geräuschgesteuerte Sensoren	00	KV	1	3 %	5%
02.99.03	Sensoren zur Auslösung über Bewegungen, Licht, Druck und Geräusche – Wiedereinsatz					
02.99.03.0XXX	Näherungssensoren	02	KV	1	-	5%
02.99.03.1XXX	Tasten/Joystick zur Kopf- und Kinnbedie- nung	02	KV	1	-	5%
02.99.03.2XXX	Intraorale Sensorsysteme (individuelle Anfertigungen)	02	KV	1	-	5%
02.99.03.3XXX	Auslösung einer Einzelfunktion durch Lichtsteuerung	02	KV	1	-	5%
02.99.03.4XXX	Drucksensible Sensoren mit elektroni- scher Auswertung (einstellbar)	02	KV	1	-	5%
02.99.03.5XXX	Geräuschgesteuerte Sensoren	02	KV	1	-	5%
02.99.03	Sensoren zur Auslösung über Bewegungen, Licht, Druck und Geräusche – Rückholung / Einlagerung					
02.99.03.0XXX	Näherungssensoren	18	KV	1	-	-
02.99.03.1XXX	Tasten/Joystick zur Kopf- und Kinnbedie- nung	18	KV	1	-	-
02.99.03.2XXX	Intraorale Sensorsysteme (individuelle Anfertigungen)	18	KV	1	-	-
02.99.03.3XXX	Auslösung einer Einzelfunktion durch Lichtsteuerung	18	KV	1	-	-
02.99.03.4XXX	Drucksensible Sensoren mit elektroni- scher Auswertung (einstellbar)	18	KV	1	-	-

Hilfsmittel-positionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Preise netto in Euro	Umsatzsteuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
02.99.03.5XXX	Geräuschgesteuerte Sensoren	18	KV	1	-	-
Die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Interimsnummer des versorgten Hilfsmittels ist entsprechend anzugeben. Sofern die Sensoren zur Auslösung über Bewegung, Licht, Druck und Geräusche als Zubehör zum Haupt Hilfsmittel zurückgeholt und eingelagert werden sollen, erfolgt keine separate Vergütung. Werden mehrere Hilfsmittel gleichzeitig beim Versicherten abgeholt, ist lediglich ein Betrag für die gesamte Rückholung anzusetzen. Die Kosten für die Rückholung / Einlagerung sind der Preisposition des Haupt Hilfsmittels zu entnehmen. Die kassenindividuellen Anforderungen gemäß den Zusätzen A1 und A2 sind zu berücksichtigen.						
02.99.04	Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte (adaptierbare Fernbedienungen) - Neukauf					
02.99.04.0XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, einfach	00	KV	1	3 %	5 %
02.99.04.1XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, komplex	00	KV	1	3 %	5 %
02.99.04.2XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, komplex mit Sprachbedienungen	00	KV	1	3 %	5 %
02.99.04	Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte (adaptierbare Fernbedienungen) - Wiedereinsatz					
02.99.04.0XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, einfach	02	KV	1	-	5 %
02.99.04.1XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, komplex	02	KV	1	-	5 %
02.99.04.2XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, komplex mit Sprachbedienungen	02	KV	1	-	5 %
02.99.04	Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte (adaptierbare Fernbedienungen) – Rückholung / Einlagerung					
02.99.04.0XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, einfach	18	65,00 €	1	-	-
02.99.04.1XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, komplex	18	65,00 €	1	-	-
02.99.04.2XXX	Adaptierbare Fernbedienungen, komplex mit Sprachbedienungen	18	65,00 €	1	-	-
Die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Interimsnummer des versorgten Hilfsmittels ist entsprechend anzugeben. Werden mehrere Hilfsmittel gleichzeitig beim Versicherten abgeholt, ist lediglich ein Betrag für die gesamte Rückholung anzusetzen. Die Kosten für die Rückholung / Einlagerung sind der Preisposition des Haupt Hilfsmittels zu entnehmen.						
02.99.05	Zubehör zur drahtlosen Ansteuerung					
02.99.05.0XXX	Adapter zur drahtlosen Nutzung (Sender)	12	KV	1	-	5 %
02.99.05.1XXX	Adapter zur drahtlosen Nutzung (Empfänger)	12	KV	1	-	5 %
02.99.06	Zubehör zur Erzeugung von Schaltfunktionen					
02.99.06.0XXX	Batterieunterbrecher	12	KV	1	-	5 %
02.99.06.1XXX	Adapter mit ergänzenden Zusatzfunktionen	12	KV	1	-	5 %

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Umsatz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
02.99.06.2XXX	Netzschaltadapter ohne Zusatzfunktionen	12	KV	1	-	5 %
02.99.06.3XXX	Netzschaltadapter mit Zusatzfunktionen	12	KV	1	-	5 %
02.99.06.4XXX	Netzschaltadapter mehrfach, mit Zusatzfunktionen	12	KV	1	-	5 %
02	Vergütung für Dienstleistungen sowie Schulungskosten für Adaptionshilfen					
02.99.99.6900	Beratungs- und Schulungskosten	16	170,00 €	1	-	-
Produktbesonder- heit 9900400001	Die Position kann zusätzlich bei den Produktunter- gruppen 02.99.01 bis 02.99.05 entsprechend dem individuell erforderlichen Bedarf des Versicherten (entsprechend § 1 Absatz 2 der Anlage 1) beantragt werden.					
02.99.99.6900	Nachschulungskosten	16	KV	1	-	-
Produktbesonder- heit 9900400002	Die Position kann zusätzlich bei den Produktunter- gruppen 02.99.01 bis 02.99.05 entsprechend dem individuell erforderlichen Bedarf des Versicherten (entsprechend § 1 Absatz 3 der Anlage 1) beantragt werden.					
Werden mehrere Hilfsmittel gleichzeitig abgegeben, ist lediglich ein Betrag für die Beratungs- und Schulungskosten anzusetzen. Die Kosten für diese Dienstleistung sind der Preisposition des Haupthilfsmittels zu entnehmen.						
02.99.99	Abrechnungspositionen für Zusätze					
02.99.99.0XXX	Abrechnungsposition für Zusätze	12	KV	1	-	***
02	Reparaturen für Adaptionshilfen					
02.99.99.3XXX	Abrechnungspositionen für Reparaturen	01	KV	1	-	-
02.99.99.3XXX	Arbeitszeit (AZ) pro Minute	07	1,20 €		-	-
02	Wartungen für Adaptionshilfen					
02.99.99.5XXX	Abrechnungspositionen für Wartungen	15	180,00 €	1	-	-
	Der Vertragspreis für Wartungen versteht sich in- klusive der bei der Durchführung anfallenden Fahr- kosten. Die Überprüfung des Zubehörs (z. B. Halte- rungen, Tastaturen, Taster etc.) ist mit dem Ver- tragspreis abgegolten und kann nicht separat in Rechnung gestellt werden.					

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Umsatz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
02	Fahrkosten					
02.00.90.3000	Fahrkostenpauschale Adaptionshilfen (Kilometerunabhängig)	16	144,00 €	1	-	-
Eine separate Abrechnung von Fahrkosten ist nicht möglich, wenn gleichzeitig eine Versorgung mit einer Kommunikationshilfe der Produktgruppe 16 erfolgt. Fahrkosten können in diesen Fällen grundsätzlich nur für das Haupthilfsmittel veranschlagt werden.						
02	Versandkosten					
02.00.90.3001 Produktbesonder- heit 9900990001	Versandkosten für Neuversorgungen über 500 EUR Wert (versicherter Versand)	16	39,00 €	1	-	-
02.00.90.3001 Produktbesonder- heit 9900990002	Versandkosten für Versorgungen bis 500 EUR Wert (z. B. Ersatzteile und Ta- schen, Netzteile etc.) (versicherter Versand)	16	19,00 €	1	-	-

*1 = voller Umsatzsteuersatz, 2 = ermäßigter Umsatzsteuersatz zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrages. Die jeweils gültige Umsatzsteuer ist zu berücksichtigen.

** Der Rabatt bezieht sich jeweils auf den Herstellerlistenpreis

*** Die Rabattsätze sind den Hauptpositionen/Produktarten zu entnehmen

KV = Kostenvoranschlag

Anlage 2b – Preisvereinbarung über die Versorgung mit Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16)

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): 19.99.053

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Um- satz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zu- behör und Er- satzteile**
16.99.01	Einfache Kommunikationshilfen/Symbolsysteme - Neukauf					
16.99.01.0XXX	Einfache Kommunikationshilfen	00	KV	1	5 %	5%
16.99.01.1XXX	Symbolsysteme, gedruckt	00	KV	1	5 %	5%
Die Beratungspflicht ist bei einfachen Kommunikationshilfen/Symbolsystemen nicht zwingend erforderlich. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten oder dem betreuenden Personenkreis, kann eine Beratung vor Ort erfolgen. Beratungs- und Schulungskosten (16.99.99.5001) können nicht separat angesetzt werden und sind mit den Preisen der einfachen Kommunikationshilfen/Symbolsyste- men abgegolten.						
Eine Reparatur sowie der Wiedereinsatz sind bei den Versorgungen mit der Produktuntergruppe 16.99.01 unwirtschaftlich.						
16.99.02	Statische Systeme mit Sprachausgabe - Neukauf					
16.99.02.0XXX	Tasten mit Sprachausgabe	00	KV	1	5 %	5%
16.99.02.1XXX	Statische Systeme als Tastengruppen/in Tafelform	00	KV	1	5 %	5%
16.99.02.2XXX	Statische Systeme als Tastengruppen/in Tafelform mit Kodierung	00	KV	1	5 %	5%
16.99.02.3XXX	NN Statische Systeme mit Lesestift und Stickern	00	KV	1	5 %	5%
Die Beratungspflicht ist bei Statischen Systemen mit Sprachausgabe nicht zwingend erforderlich. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten oder dem betreuenden Personenkreis, kann eine Beratung vor Ort erfolgen. Nachschulungskosten können bei Versorgungen mit Statischen Systemen mit Sprachausgabe nicht separat angesetzt werden. Eine Reparatur sowie der Wiedereinsatz sind bei den Versorgungen mit den Produktuntergruppe 16.99.02 unwirtschaftlich.						

Hilfsmittel-positionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Preise netto in Euro	Umsatzsteuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
16.99.03	Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe - Neukauf					
16.99.03.0XXX	Dynamische Systeme mit Symboleingabe	00	KV	1	6 %	5 %
16.99.03.1XXX	Dynamische Systeme mit Schrifteingabe	00	KV	1	6 %	5 %
16.99.03.2XXX	Dynamische Systeme mit Symbol- und/oder Schrifteingabe	00	KV	1	6 %	5 %
16.99.03.3XXX	Dynamische Systeme mit integrierter Audio- und/oder Schrifteingabe	00	KV	1	6 %	5 %
16.99.03.4XXX	Kommunikationssysteme mit Schrifteingabe und diskreter Tastatur	00	KV	1	6 %	5 %
Bei den Versorgungsarten der Produktarten 16.99.03.0 sowie 16.99.03.3 können bei individuell erforderlichem Bedarf des Versicherten zusätzlich individuelle Seitensets beantragt werden.						
16.99.03	Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe - Wiedereinsatz					
16.99.03.0XXX	Dynamische Systeme mit Symboleingabe	02	290,00 €	1	-	5%
16.99.03.1XXX	Dynamische Systeme mit Schrifteingabe	02	189,00 €	1	-	5%
16.99.03.2XXX	Dynamische Systeme mit Symbol- und/oder Schrifteingabe	02	290,00 €	1	-	5%
16.99.03.3XXX	Dynamische Systeme mit integrierter Audio- und/oder Schrifteingabe	02	359,00 €	1	-	5%
16.99.03.4XXX	Kommunikationssysteme mit Schrifteingabe und diskreter Tastatur	02	290,00 €	1	-	5%
Bei den Versorgungsarten der Produktarten 16.99.03.0, 16.99.03.1, 16.99.03.2 sowie 16.99.03.3 können zusätzlich Software-/Betriebupdate beantragt werden.						
Bei den Versorgungsarten der Produktarten 16.99.03.0 sowie 16.99.03.2 und 16.99.03.3 können bei individuell erforderlichem Bedarf des Versicherten zusätzlich individuelle Seitensets beantragt werden.						
16.99.03	Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe - Rückholung / Einlagerung					
16.99.03.0XXX	Dynamische Systeme mit Symboleingabe	18	180,00 €	1	-	-
16.99.03.1XXX	Dynamische Systeme mit Schrifteingabe	18	180,00 €	1	-	-
16.99.03.2XXX	Dynamische Systeme mit Symbol- und/oder Schrifteingabe	18	180,00 €	1	-	-
16.99.03.3XXX	Dynamische Systeme mit integrierter Audio- und/oder Schrifteingabe	18	210,00 €	1	-	-

Hilfsmittel-positionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Preise netto in Euro	Umsatzsteuer*	Rabatt**	Rabatt für Zubehör und Ersatzteile**
16.99.03.4XXX	NN Dynamische Systeme mit integrierter Augensteuerung und Symbol- und/oder Schrifteingabe stationär	18	210,00 €	1	-	-
Die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer beziehungsweise Interimsnummer des versorgten Hilfsmittels der Krankenkasse ist entsprechend anzugeben. Werden mehrere Hilfsmittel gleichzeitig beim Versicherten abgeholt, ist lediglich ein Betrag für die gesamte Rückholung anzusetzen. Die Kosten für die Rückholung / Einlagerung sind der Preisposition des Haupthilfsmittels zu entnehmen.						
16.99.04	Behindertengerechte Hardware zur Eingabeunterstützung – Neukauf					
16.99.04.0XXX	Behindertengerechte Tastaturen	00	KV	1	5 %	5 %
19.99.04.1XXX	Behindertengerechte elektronische Eingabehilfen	00	KV	1	5 %	5 %
16.99.04.3XXX	Augengesteuerte Hardware zur Eingabeunterstützung	00	KV	1	5 %	5 %
16.99.04	Behindertengerechte Hardware zur Eingabeunterstützung – Wiedereinsatz					
16.99.04.0XXX	Behindertengerechte Tastaturen	02	130,00 €	1	-	5 %
19.99.04.1XXX	Behindertengerechte elektronische Eingabehilfen	02	130,00 €	1	-	5 %
16.99.04.3XXX	Augengesteuerte Hardware zur Eingabeunterstützung	02	130,00 €	1	-	5 %
16.99.04	Behindertengerechte Hardware zur Eingabeunterstützung – Rückholung					
16.99.04.0XXX	Behindertengerechte Tastaturen	18	180,00 €	1	-	-
19.99.04.1XXX	Behindertengerechte elektronische Eingabehilfen	18	180,00 €	1	-	-
16.99.04.3XXX	Augengesteuerte Hardware zur Eingabeunterstützung	18	210,00 €	1	-	-
Die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer beziehungsweise Interimsnummer des versorgten Hilfsmittels der Krankenkasse ist entsprechend anzugeben. Werden mehrere Hilfsmittel gleichzeitig beim Versicherten abgeholt, ist lediglich ein Betrag für die gesamte Rückholung anzusetzen. Die Kosten für die Rückholung / Einlagerung sind der Preisposition des Haupthilfsmittels zu entnehmen.						
16.99.05	Behindertengerechte Software für Kommunikationssysteme					
16.99.05.0XXX	Behindertengerechte Kommunikationssoftware für Modifikation der Tastatureingabe oder der Maussteuerung	00	KV	1	3 %	5 %
16.99.05.1XXX	Behindertengerechte Kommunikationssoftware für die Eingabeunterstützung bei Verwendung spezieller Bedienelemente	00	KV	1	3 %	5 %

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Um- satz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zu- behör und Er- satzteile**
16.99.05.2XXX	Software zur Anwendung von Symbolsys- temen bei der Zusammenstellung von Symboltafeln oder Kommunikationsbü- chern	00	KV	1	3 %	5 %
16.99.05.3XXX	Kommunikationssoftware zur Umrüstung von Standardcomputern zu Kommunikati- onshilfsmitteln	00	KV	1	3 %	5 %
16.99.05.6XXX	Software als Anwenderprogramme (Apps) für Hilfsmittel auf Basis von Tablets bzw. Smartphones Bei Versorgung zusammen mit einer Kommunikati- onshilfe können keine zusätzlichen Kosten in Rech- nung gestellt werden.	00	KV	1	3 %	5 %
16.99.06	Halterungen zu Kommunikationshilfen - Neukauf					
16.99.06.0XXX	Rollstuhlhalterungen	00	KV	1	5 %	5 %
16.99.06.1XXX	Bodenstative	00	KV	1	5 %	5 %
16.99.06.2XXX	Tischhalterungen	00	KV	1	5 %	5 %
16.99.06.3XXX	Sonstige Halterungen	00	KV	1	5 %	5 %
16.99.06	Halterungen zu Kommunikationshilfen - Wiedereinsatz					
16.99.06.0XXX	Rollstuhlhalterungen	02	120,00 €	1	-	5 %
16.99.06.1XXX	Bodenstative	02	120,00 €	1	-	5 %
16.99.06.2XXX	Tischhalterungen	02	120,00 €	1	-	5 %
16.99.06.3XXX	Sonstige Halterungen	02	120,00 €	1	-	5 %
16.99.06	Halterungen zu Kommunikationshilfen - Rückholung / Einlagerung					
16.99.06.0XXX	Rollstuhlhalterungen	18	75,00 €	1	-	-
16.99.06.1XXX	Bodenstative	18	75,00 €	1	-	-
16.99.06.2XXX	Tischhalterungen	18	75,00 €	1	-	-
16.99.06.3XXX	Sonstige Halterungen	18	75,00 €	1	-	-
Die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer beziehungsweise Interimsnummer des versorgten Hilfsmittels der Krankenkasse ist ent- sprechend anzugeben. Werden mehrere Hilfsmittel gleichzeitig beim Versicherten abgeholt, ist lediglich ein Betrag für die gesamte Rückholung anzusetzen. Die Kosten für die Rückholung / Einlagerung sind der Preisposition des Haupthilfsmittels zu entnehmen.						

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Um- satz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zu- behör und Er- satzteile**
16.99.08	Sprachverstärker					
16.99.08.0XXX	Sprachverstärker	00	KV	1	5 %	5 %
16	Vergütung für Dienstleistungen sowie Schulungskosten für Kommunikationshilfen					
16.99.99.5001	Beratungs- und Schulungskosten	16	170,00 €	1	-	-
Produktbesonder- heit 9900400001	Die Position kann zusätzlich bei der Produktunter- gruppe 16.99.02.0, 16.99.02.1, 16.99.02.2 sowie 16.99.02.3 entsprechend dem individuell erforderli- chen Bedarf des Versicherten (entsprechend § 1 Ab- satz 3 der Anlage 1) beantragt werden, sofern das Hilfsmittel nicht zusammen mit dem Haupthilfsmittel ausgeliefert/versorgt wurde. Sofern eine Schulung entsprechend des individuell er- forderlichen Bedarfs des Versicherten nicht zwingend erforderlich ist, können alternativ bei Versand des Hilfsmittels Versandkosten angesetzt werden.					
16.99.99.5001	Beratungs- und Schulungskosten	16	330,00 €	1	-	-
Produktbesonder- heit 9900400002	Die Position kann zusätzlich bei den Produktarten 16.99.03.0, 16.99.03.1, 16.99.03.2, 16.99.03.4 so- wie den Produktuntergruppen entsprechend dem indi- viduell erforderlichen Bedarf des Versicherten (ent- sprechend § 1 Absatz 3 der Anlage 1) beantragt wer- den, sofern das Hilfsmittel nicht zusammen mit dem Haupthilfsmittel ausgeliefert/versorgt wurde.					
16.99.99.5001	Beratungs- und Schulungskosten	16	560,00 €	1	-	-
Produktbesonder- heit 9900400003	Die Position kann zusätzlich bei den Produktarten 16.99.03.3, 16.99.04.1, 16.99.04.3, sowie der Pro- duktuntergruppe 16.99.05 entsprechend dem indivi- duell erforderlichen Bedarf des Versicherten (entspre- chend § 1 Absatz 4 der Anlage 1) beantragt werden.					

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Um- satz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zu- behör und Er- satzteile**
16.99.99.5001 Produktbesonder- heit 9900400004	Nachschulungskosten Die Position kann zusätzlich bei den Produktarten 16.99.03.0, 16.99.03.1, 16.99.03.2, 16.99.03.4 so- wie den Produktuntergruppen entsprechend dem indi- viduell erforderlichen Bedarf des Versicherten (ent- sprechend § 1 Absatz 3 der Anlage 1) beantragt wer- den, sofern das Hilfsmittel nicht zusammen mit dem Haupt Hilfsmittel ausgeliefert/versorgt wurde.	16	220,00 €	1	-	-
16.99.99.5001 Produktbesonder- heit 9900400005	Nachschulungskosten Die Position kann zusätzlich bei den Produktarten 16.99.03.3, 16.99.04.1, 16.99.04.3, sowie der Pro- duktuntergruppe 16.99.05 entsprechend dem indivi- duell erforderlichen Bedarf des Versicherten (ent- sprechend § 1 Absatz 4 der Anlage 1) beantragt wer- den.	16	390,00 €	1	-	-
16	Zubehör für Kommunikationshilfen					
16.99.99.0XXX	Abrechnungsposition für Zubehör, soweit nicht nachstehend aufgeführt	12	KV	1	-	***
16.99.99.0001	Montagezubehör für Kommunikationshilfen	12	KV	1	-	***
16.99.99.0002	Montagezubehör für elektronische Kom- munikationshilfen	12	KV	1	-	***
16.99.99.0003	Taschen und Tragesysteme für Kommuni- kationshilfen	12	KV	1	-	***
16.99.99.0004	Ergänzungen zur Anpassung an den Be- hinderten	12	KV	1	-	***

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Um- satz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zu- behör und Er- satzteile**
16.99.99.0004	Individuell gefertigtes Seitenset	12	149,00 €	1	-	***
Produktbesonder- heit 9900990001	Die Position kann zusätzlich bei den Produktarten 16.99.03.0, 16.99.03.2, 16.99.03.3 sowie der Produktuntergruppe 16.99.05 entsprechend dem individuell erforderlichen Bedarf des Versicherten beantragt werden. Mit dem Vertragspreis ist die Anlage, die erste Sicherung, Nacharbeitung, die De-/Rüstzeiten, das Aufspielen der Seitensets und Herstellen der Verknüpfungen auf dem Gerät des Versicherten, die Dokumentation nach MDR sowie die Datensicherung und Ablage auf dem zentralen Server des Leistungserbringers inkl. Speicherplatz für drei Jahre abgegolten.					
16	Software-/Treiberupdate					
16.99.99.4001	Software-/Treiberupdate	14	95,00 €	1	-	-
	Die Position kann zusätzlich bei Wiedereinsatzversicherungen der Produktarten 16.99.03.0, 16.99.03.1 sowie 16.99.03.2 beantragt werden.					
16	Reparaturen für Kommunikationshilfen					
16.99.99.3001	Reparaturen für Kommunikationshilfen	01	KV	1	-	-
16.99.99.3001	Arbeitszeit je Minute	07	1,20 €	1	-	-
16	Wartungen für Kommunikationshilfen					
16.99.99.4001	Wartungen für Kommunikationshilfen	15	290,00 €	1	-	-
	Der Vertragspreis für Wartungen versteht sich inklusive der bei der Durchführung anfallenden Fahrkosten. Die Überprüfung des Zubehörs (z. B. Halterungen, Tastaturen, Taster etc.) ist mit dem Vertragspreis abgegolten und kann nicht separat in Rechnung gestellt werden.					

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	Hilfs- mittel- kenn- zeichen	Preise netto in Euro	Um- satz- steuer*	Rabatt**	Rabatt für Zu- behör und Er- satzteile**
16	Fahrkosten					
16.00.90.3000	Fahrkostenpauschale Kommunikationshilfen (kilometerunabhängig)	16	144,00 €	1	-	-
Eine separate Abrechnung von Fahrkosten ist nicht möglich, wenn gleichzeitig eine Versorgung mit einer Adaptionshilfe der Produktgruppe 02 erfolgt. Fahrkosten können in diesen Fällen grundsätzlich nur für das Haupthilfsmittel veranschlagt werden.						
16	Versandkosten					
16.00.90.3001 Produktbesonder- heit 9900990001	Versandkosten für Neuversorgungen über 500 EUR Wert (versicherter Versand)	16	39,00 €	1	-	-
16.00.90.3001 Produktbesonder- heit 9900990002	Versandkosten für Versorgungen bis 500 EUR Wert (z. B. Ersatzteile und Taschen, Netzteile etc.) (versicherter Versand)	16	19,00 €	1	-	-

* 1 = voller Umsatzsteuersatz, 2 = ermäßigter Umsatzsteuersatz zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrages. Die jeweils gültige Umsatzsteuer ist zu berücksichtigen.
 ** Der Rabatt bezieht sich jeweils auf den Herstellerlistenpreis
 *** Die Rabattsätze sind den Hauptpositionen/Produktarten zu entnehmen
 KV = Kostenvoranschlag

Bedarfsermittlungsbogen (Beratungsbericht)

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Kostenträger _____ Versichertennummer _____

1. Versorgungsanlass*

☐ Erstversorgung ☐ Folgeversorgung ☐ Zweitversorgung ☐ Umversorgung

Anlass: _____

* **Erstversorgung** = erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels

* **Folgeversorgung** = erneute Verordnung eines bereits versorgten Hilfsmittels

* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel

* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

3. Versorgungsrelevante Informationen

3.1 Bestehende Kommunikation

☐ Mimik ☐ Gesten/Handzeichen ☐ Symboltafel ☐ Einwortäußerung
☐ Lautieren ☐ Gebärden ☐ Buchstabentafel ☐ Mehrwortäußerung
☐ Lautsprache ☐ Symbole ☐ Schreiben

3.2 Mögliche Ansteuerung

☐ direkte Ansteuerung ☐ Scanning ☐ Maus/Joystick
☐ Tastatur ☐ Augen ☐ Fingerführraster

4. Zielsetzung der Versorgung

Ergebnisprüfung nach 3-6 monatiger Nutzung

Vorgesehenes Datum: _____

4.1 Ausgleich einer körperlichen Beeinträchtigung durch angemessene Ansteuerung

☐ Hilfsmittel direkt ansteuern (z. B. mit Fingerführung, Kopfmaus, Augensteuerung)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ Hilfsmittel indirekt ansteuern (z. B. im Scanning)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ _____

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

4.2 Orientierung im Alltag und in der Kommunikation

☐ Orientierung in Räumen, bei Personen, in der Zeit, für Handlungsabläufe, für Verhaltensweisen (z. B. Konsequenzpläne)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ _____

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

4.3 Handlungen/Kommunikation eigenständig initiieren

☐ Ursache-Wirkungs-Prinzip (Grundlage jeglicher Kommunikation) erwerben bzw. festigen

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ Beziehungen gestalten und Dialoge aufbauen (wechselseitig Handeln, im Gruppengeschehen bestimmen)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ _____

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

4.4 Soziale Kontakte fördern, Teilhabe/Inklusion in der Gruppe

☐ von Erlebnissen berichten

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ Handlungen steuern (z. B. beim Bäcker bestellen)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ Aufgaben ausführen (Dienste übernehmen, Ansagen machen)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ _____

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

4.5 Vokabular/Themen eigenständig auswählen

☐ gezieltes auswählen (z. B. Lebensmittel)

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ Mehrwortaussagen bilden, Spracherwerb ausbauen

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ sich komplex mitteilen

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ Kommunikation über Schriftsprache tätigen bzw. Schriftspracherwerb ausbauen

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

☐ _____

Zielerreichung

☐ voll

☐ teilweise

☐ nicht

Bemerkung _____

Unterschrift Versicherter/Betreuer/Erziehungsberechtigter

Unterschrift verantwortlicher Arzt/Therapeut

Datum, Unterschrift Leistungserbringer

5. Anforderungen an die Ausstattung

Name des Versicherten: _____

5.1 Gerät

- ☐ Sprachausgabe
- ☐ Schrifteingabe
- ☐ Symboleingabe
- ☐ Umfeldsteuerung
- ☐ Bildschirmtastatur
- ☐ Sonstige Tastatur: _____

5.2 Vokabular/Inhalt

- ☐ Vokabelstrategie
- ☐ individuelle Erweiterung des Vokabulars
- ☐ Rasterstruktur (z. B. 3 x 3 Felder pro Seite)
- ☐ freie Struktur (z. B. mit Szenenbildern/Fotos)
- ☐ Förderung des Schriftspracherwerbs

5.3 Zubehör

- ☐ Halterung (z. B. für Rollstuhl, Tisch, Rollständer)
- ☐ Tasche
- ☐ Tragesystem
- ☐ Sensoren/Taster, externe Maus etc.
- ☐ Sonstiges _____

Kontrolle bei der Auslieferung (inkl. Einweisung)

Datum der Auslieferung: _____

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |
| <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> passend | <input type="checkbox"/> nachzubessern |

Bemerkungen:

6. Notwendige Besonderheiten (Begründung)

7. Versorgungsempfehlung des Versorgungsteams

Typ: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Begründung des Einzelproduktes: _____

Datum, Unterschrift verantwortlicher Arzt/Therapeut

Datum, Unterschrift Leistungserbringer

Einverständniserklärung des Versicherten, Betreuer, Erziehungsberechtigten

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für _____ die Datenweitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter der/des Versicherten

Zusatz A 1 zum Rahmenvertrag

KKH

Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V), Vertragsdaten- sowie Lagerverwaltung

I. Verfahren für Kostenvoranschläge

1. Elektronischer Datenaustausch

II.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Auftrag

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

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

Der Leistungserbringer erhält zur ordnungsgemäßen Auftragsdurchführung folgende Versicherten-
daten von der KKH:

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

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

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

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

1.3 Nachrichten

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

1.4 Lieferbestätigung

Die KKH verpflichtet den Leistungserbringer zu der Übermittlung einer elektronischen Lieferbestätigung, sofern möglich. Der Leistungserbringer hat diese am nächsten Werktag nach erfolgter Auslieferung des Hilfsmittels an den Versicherten über den elektronischen Datenaustausch zu melden.

Wenn lediglich eine Teillieferung möglich war, ist eine sogenannte teilweise Lieferbestätigung durch den Leistungserbringer zu übermitteln. In diesen Fällen ist zwingend eine Begründung und ggf. ein Termin für die Lieferung der ausstehenden Lieferbestandteile anzugeben.

Kann der Leistungserbringer trotz Auftrag zur Versorgung keine Versorgung des Versicherten vornehmen, ist dies ebenfalls über eine sogenannte negative Lieferbestätigung bzw. den Abbruch zu melden. Außerdem sind zwingend die Gründe für den Abbruch anzugeben.

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

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

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

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen

Tel. 04 21.16 33 95-32 50

Fax 04 21.16 33 95-55 99

E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera

Tel. 03 65.55 28 6-24 50

Fax. 03 65.55 28 6-24 99

E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:

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

Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr

Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

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

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

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

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

III. Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

Grundsätzliches

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

Zuständige Stelle für Abrechnungsregelung

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

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

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

1. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Kennzeichen Hilfsmittel,
 - 7-stelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
 - gegebenenfalls Produktbesonderheiten, sofern diese in der entsprechenden Anlage aufgeführt wurde,
 - Abrechnungspositionsnummer,
 - Versorgungszeitraum (von/bis),
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung),
 - Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich),
 - Urbelege (wie Verordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original). Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert der Auftraggeber im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein,
 - Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein,
 - Angabe der Belegnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen.

2. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Nettorechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
3. Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.
4. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
5. Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
6. Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.
7. Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.
8. Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenen für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Versorgung. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (siehe VdAK/AEV- Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").
9. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege / Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

10. Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.
11. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.
12. Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.
13. Der Zugelassene trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:
 1. IK des Zugelassenen (§ 1),
 2. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,
 3. Rechnungs- und Belegnummer,
 4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Versorgungsvorschlags).
14. Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden.
15. Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen, auf dem Codierblatt sind die o. g. Angaben vollständig aufzutragen, die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge
 - Codierblatt,
 - Verordnung und
 - ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnunganzuliefern 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 jeweils konkret beanstandeten Abrechnungsteile/Unterlagen oder die konkret beanstandeten einzelnen Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von der KKH benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der KKH. Eine Abweisung der 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),
 - Nicht ordnungsgemäße Übermittlung der Datei und Dateistrukturen nach § 302 SGB V.
20. Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
21. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.
22. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
23. Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
24. Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

25. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen 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.
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 Abrechnungs-berechtigung 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 Abrechnungsbegleitung 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.

IV. Grundsätze zur Lagerverwaltung

Für die Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ist die Teilnahme des Leistungserbringers am Hilfsmittelpool der KKH verpflichtend. Die KKH bedient sich dabei des internetbasierten Lagerverwaltungssystems MIP-Hilfsmittel-Management der Firma

medicomp GmbH
Hoheloostraße 14
67065 Ludwigshafen

V. Rückholung von Hilfsmitteln

1. Wird dem Leistungserbringer durch den Versicherten eine Rückholung eines Hilfsmittels angezeigt, ist die KKH zwingend über die Rückholung, bevorzugt über den MIP-Datenaustausch, zu informieren. Der Leistungserbringer kann den Versicherten aber auch an die KKH oder auf das Kontaktformular „Rückholung“ auf der KKH-Website verweisen.
2. Die Rückholung eines Hilfsmittels erfolgt grundsätzlich nach Erteilung eines Rückholauftrages durch die KKH.
3. Der Rückholauftrag erfolgt unter Verwendung eines entsprechenden Formulars in Papierform und enthält mindestens Angaben zum Grund der Abholung sowie die Kontaktdaten zwecks Terminvereinbarung. Die KKH behält sich jedoch vor, die Beauftragung in elektronischer Form über die eKV-Schnittstelle des Dienstleisters medicomp GmbH zu erteilen.
4. Der Leistungserbringer hat nach Erteilung des Rückholauftrages durch die KKH das Hilfsmittel innerhalb von 5 Arbeitstagen vom Versicherten zurückzuholen, es sei denn, der Versicherte, Angehörige oder Betreuer wünschen einen späteren Rückholtermin. Sofern eine Terminvereinbarung bzw. die Rückholung nicht möglich ist, informiert der Leistungserbringer den zuständigen Mitarbeiter der KKH per E-Mail über den gescheiterten Rückholversuch. Die KKH entscheidet dann im Einzelfall über die weitere Vorgehensweise.
5. Der beauftragte Leistungserbringer ist auch dann zur Rückholung verpflichtet, wenn nicht er, sondern ein anderer Leistungserbringer die Versorgung vorgenommen hat.
6. Wird dem Leistungserbringer vom Versicherten, dessen Angehörigen oder Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung das Hilfsmittel nicht, ein falsches Hilfsmittel oder ein unvollständiges Hilfsmittel (fehlendes Zubehör) ausgehändigt, informiert der Leistungserbringer unverzüglich die KKH. In diesen Fällen hat der Leistungserbringer eine entsprechend unterschriebene Bestätigung des Versicherten, dessen Angehörigen beziehungsweise Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung mit vollständiger Namensnennung und dem Rechtsverhältnis zum Hilfsmittelnutzer vorzulegen. Fehlt diese, ist der Leistungserbringer zur Nachrüstung auf eigene Rechnung verpflichtet.
7. Versäumt es der Leistungserbringer trotz Mahnung, das zur Rückholung beauftragte Hilfsmittel abzuholen, hat er den Zeitwert des Hilfsmittels zu ersetzen. Die KKH kann in diesen Fällen zusätzlich eine Vertragsstrafe verhängen. Die Entscheidung trifft die KKH.

Zusatz A 2 zum Rahmenvertrag

hkk

Verfahren für Kostenvoranschläge, Rechnungslegung (nach § 302 SGB V), Vertragsdaten- sowie Lagerverwaltung

I. Elektronischer Kostenvoranschlag

Ergänzend zu Anlage 1 – Leistungsbeschreibung über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 und 16 sowie den Anlagen 2a und 2b gelten für die hkk folgende Regelungen zur Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags.

Entsprechend der Anlage 1 i. V. m. den Anlagen 2a und 2b ist die Versorgung der hkk-Versicherten mit Hilfsmitteln genehmigungspflichtig beziehungsweise genehmigungsfrei.

Abweichend von § 4 Absatz 1 der Anlage 1 können Reparaturen bis zu einem Betrag von 300,00 Euro netto (exklusive Fahrkosten) genehmigungsfrei abgerechnet werden. Sofern ein Reparaturüberbrückungsgerät gestellt werden muss, ist immer ein Kostenvoranschlag über die Reparaturkosten inklusive der Kosten für das Reparaturüberbrückungsgerät bei der hkk einzureichen.

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

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

Reicht der Leistungserbringer für ein in Anlage 1 i. V. m. den Anlagen 2a und 2b genehmigungsfrei / geregeltes Hilfsmittel beziehungsweise genehmigungsfrei geregelte Leistung einen Kostenvoranschlag ein, gilt für die Abrechnung ausschließlich die von der hkk ausgestellte Genehmigung vorbehaltlich der nachgelagerten Abrechnungsprüfung. Die erteilte Genehmigungsnummer ist für den maßgeblichen Versorgungsfall zwingend in der Abrechnung anzugeben. Die hkk behält sich bei wiederholter nicht vertragskonformer Einreichung weitere Schritte gemäß § 13 des Rahmenvertrages vor.

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

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

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

Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

- a. Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- b. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),
- c. Hilfsmittelkennzeichen (entsprechend den Anlagen 2a und 2b),
- d. 10-stellige Positionsnummer (entsprechend den Anlagen 2a und 2b),
- e. Produktbesonderheiten (entsprechend den Anlagen 2a und 2b),
- f. Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- g. Leistungserbringergruppenschlüssel,
- h. Menge,
- i. Angabe des Netto- und Bruttopreises der Versorgung,
- j. Verordnungsdatum sowie
- k. Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

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

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

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

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

II. Rechnungslegung (gemäß § 302 SGB V)

1. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit den hierzu ergangenen „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Vertragspartnern“ sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301 a SGB V)“ (im Folgenden Richtlinien genannt) und § 303 SGB V in den jeweils aktuellen Fassungen.
2. Die zuständige Daten- und Belegannahmestelle der hkk ist der jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V zu entnehmen (siehe zum Beispiel „Kostenträgerdateien“ unter www.gkv-datenaustausch.de). Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der hkk benannten Daten- und Belegannahmestelle zu liefern.
3. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte beziehungsweise sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet. Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung sind nicht von der hkk zu verantworten.
4. Eine Abrechnung nach diesem Vertrag ist nur nach Vertragsbeitritt möglich. Bei der Abrechnung mit Vorlage einer Genehmigung, muss das Institutionskennzeichen (IK) der Genehmigung zwingend mit dem IK des Leistungserbringers übereinstimmen.
5. Sofern der Vertrag eine Skontoregelung enthält oder vom Leistungserbringer eine Skontogewährung angeboten wird, hat eine getrennte Rechnungslegung für Abrechnungsvorfälle mit Skonto-Abzug und solche ohne Skonto-Abzug zu erfolgen. Andernfalls erfolgt ein Skonto-Abzug auf Basis der gesamten Rechnung.
6. Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die hkk oder die benannte Stelle innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei der durch die hkk benannten Stelle. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend. Die Frist beginnt mit Eingang aller vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird.
7. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, in Form einer Sammelrechnung bei der benannten Stelle.

Die Abrechnung erfolgt binnen sechs Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels. Nach Ablauf dieser Frist verliert der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch (Ausschlussfrist).

Voraussetzung für die Abrechnung von Hilfsmitteln ist, unter anderem eine entsprechende gültige Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Liegt diese für die ausliefernde Betriebsstätte des Leistungserbringers nicht vor, besteht kein Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistungen, unabhängig von einer eventuell vorliegenden Genehmigung. In diesem Fall können der hkk und dem Versicherten keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistung besteht nicht, beziehungsweise nicht mehr, wenn der im Vertrag vereinbarte Genehmigung- und Abrechnungsweg nicht eingehalten wird. Insbesondere dann, wenn versucht wird, eine genehmigungspflichtige Leistung direkt, das heißt ohne das Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung der hkk, abzurechnen.

Formale Beanstandungen, das heißt rein formale Fehler der Rechnung, die Abrechnungsvorgaben des § 302 SGB V betreffend, sind von der hkk oder der benannten Stelle innerhalb von zwölf Monaten geltend zu machen. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle.

Einwände gegen Beanstandungen sind innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Beanstandung geltend zu machen. Ansprechpartner zu Abrechnungen, zur Rückgabe von Rechnungen oder zur Klärung von Differenzen ist ausschließlich die von der hkk benannte Stelle. Dabei ist die Belegnummer der von der hkk benannten Stelle anzugeben. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Hat der Leistungserbringer die Abrechnung an ein Abrechnungszentrum übertragen, ist ausschließlich dieses Abrechnungszentrum Ansprechpartner zur Klärung von Abweichungen und Differenzen gegenüber der von der hkk benannten Stelle. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Geltendmachung der Einwände trägt der Leistungserbringer.

Die Prüfung von Einwänden gegen eine ausgesprochene Beanstandung seitens der hkk erfolgt innerhalb von drei Monaten, nach Eingang der Einwände bei der von der hkk benannten Stelle.

Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen beziehungsweise die Einwände als anerkannt.

Dem Leistungserbringer ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung hinaus innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist eine nachgelagerte Rechnungsprüfung stattfindet, innerhalb derer eine vollständige Überprüfung der materiell-rechtlichen Berechtigung der Ansprüche erfolgt. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der hkk sowie das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleiben insoweit unberührt.

8. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, bei Pauschalen, Mieten und Erprobung ist der Beginn und das Ende des jeweils abgerechneten Versorgungszeitraumes (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“) sowie die Anzahl der Versorgungsmonate (Segment ZUH, Feld „Versorgungszeitraum“) zu übermitteln.
9. Bei der Durchführung von Reparaturen, Wartungen, Ersatzbeschaffungen, Aussonderungen und Rückholungen, bei denen kein Verordnungsdatum existiert (Segment ZHI, Feld „Verordnungs-, Ausstell- oder Einsatzdatum“), ist in dem dafür vorgesehenen Feld stattdessen das Datum der Leistungserbringung bei der Abrechnung anzugeben.
10. Erfolgt die Versorgung auf dem Versandweg, ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer des Leistungserbringers oder des Versandunternehmens beziehungsweise Frachtführers ausreichend. Diese Nummer ist versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Segment TXT) anzugeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Aufbewahrungsfristen des elektronischen Liefernachweises beziehungsweise den Zugriff auf die entsprechenden Daten nach den allgemeinen Vorschriften sicher zu stellen. Die Frist beginnt mit dem Datum des Rechnungseingangs. Der elektronische Liefernachweis kann von der hkk jederzeit auf Anforderung eingesehen werden.
11. Erfolgt eine Versorgung für ein wiedereinsatzfähiges Hilfsmittel, ist die Angabe der Registernummer zwingend erforderlich. Diese Nummer ist versichertenbezogen sowohl in der Papierrechnung als auch im Datensatz (Segment Inventarnummer für Hilfsmittel im Wiedereinsatz) anzugeben.
12. Die Daten aus der Genehmigung müssen zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Nicht abrechenbar trotz Vorliegen einer elektronischen Genehmigung der hkk sind die Versorgungen, in denen die Genehmigung auf Angaben des Vertragspartners beruht, die dieser unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Diese Genehmigungen sind ungültig und verwirken den Vergütungsanspruch des Vertragspartners.

Zu den unrichtigen oder unvollständigen Angaben in der Abrechnung gehören insbesondere:

- die in den Rechnungsunterlagen erfassten Daten des Versorgungsbeginns und/oder des Auslieferungsdatums weichen mehr als ein Monat von den im elektronischen Kostenvoranschlag gemachten Daten ab
- die angegebenen (Hilfsmittel-)Positionsnummern entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen
- die angegebene Kombination von Hilfsmittelkennzeichen und/oder Produktbesonderheiten entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen

- die Angabe der Menge in Bezug auf den angegebenen Einzelpreis ist abweichend zur ausgestellten Genehmigung.
13. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat der Leistungserbringer die hkk und die von der hkk benannte Stelle unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Es ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name des beauftragten Abrechnungszentrums und das IK, unter dem das Abrechnungszentrum die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht mitzuteilen.
14. Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen, vertraglichen und datenschutzrechtlichen Regelungen durch das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum verantwortlich. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

III. Vertragsteilnahme sowie Beitrittsverfahren bei der hkk

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

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

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

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

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

Beitrittsverfahren bei der hkk

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

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

IV. Grundsätze zur Lagerverwaltung

Für die Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln ist die Teilnahme des Leistungserbringers am Hilfsmittelpool der hkk verpflichtend. Die hkk bedient sich dabei des internetbasierten Lagerverwaltungssystems MIP-Hilfsmittel-Management der Firma

medicomp GmbH
Hoheloostraße 14
67065 Ludwigshafen

V. Rückholung von Hilfsmitteln

1. Die Rückholung eines Hilfsmittels erfolgt grundsätzlich nach Erteilung eines Rückholauftrages durch die hkk. Rückholaufträge werden ausschließlich über das Lagerverwaltungssystem erteilt. Ausgenommen hiervon sind Hilfsmittel, die bisher nicht mit einer Registernummer gekennzeichnet sind. In diesen Fällen erteilt die hkk den Rückholauftrag formlos.
2. Wird der Leistungserbringer vom Versicherten beziehungsweise dessen Angehörigen oder Betreuer informiert oder erlangt der Leistungserbringer selbst Kenntnis, dass ein Hilfsmittel nicht mehr benötigt wird, ist der Leistungserbringer verpflichtet, die hkk zu informieren. Die hkk erteilt unverzüglich einen Rückholauftrag.
3. Der Leistungserbringer hat nach Erteilung des Rückholauftrages durch die hkk das Hilfsmittel innerhalb von 10 Arbeitstagen vom Versicherten zurückzuholen. Der beauftragte Leistungserbringer ist auch dann zur Rückholung verpflichtet, wenn nicht er, sondern ein anderer Leistungserbringer die Versorgung vorgenommen hat.
4. Wird dem Leistungserbringer vom Versicherten, dessen Angehörigen oder Betreuungsperson oder der Pflegeeinrichtung das Hilfsmittel nicht, ein falsches Hilfsmittel oder ein unvollständiges Hilfsmittel (fehlendes Zubehör) ausgehändigt, informiert der Leistungserbringer unverzüglich die hkk. In diesen Fällen hat der Leistungserbringer eine entsprechend unterschriebene Bestätigung des Versicherten, dessen Angehörigen beziehungsweise Betreuungsperson oder der

Pflegeeinrichtung mit vollständiger Namensnennung und dem Rechtsverhältnis zum Hilfsmittelnutzer vorzulegen. Fehlt diese, ist der Leistungserbringer zur Nachrüstung auf eigene Rechnung verpflichtet.

5. Versäumt es der Leistungserbringer trotz Mahnung, das zur Rückholung beauftragte Hilfsmittel abzuholen, hat er den Zeitwert des Hilfsmittels zu ersetzen. Die hkk kann in diesen Fällen zusätzlich eine Vertragsstrafe verhängen. Die Entscheidung trifft die hkk.