

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.03.2020 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Sauerstoffkonzentratoren, Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich und Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

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

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Referat Hilfsmittel  
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

[zhm@kkh.de](mailto:zhm@kkh.de)

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

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

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 Wetsch  
(E-Mail: [kristina.wetsch@kkh.de](mailto:kristina.wetsch@kkh.de) – Tel.: 0511 2802-3115) oder an Herrn Behre  
(E-Mail: [holger.behre@kkh.de](mailto:holger.behre@kkh.de) – Tel.: 0511 2802-3336) aus dem Referat Hilfsmittel.

---

<sup>1</sup> 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 gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Sauerstoffkonzentratoren, Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich und Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen (Beitrittsvertrag A NI, HB, SH, HH)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Sauerstoffkonzentratoren, Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich und Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen, nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

**Beitrittserklärung der Leistungserbringer**

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum

**Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung  
der Versicherten der KKH mit Sauerstoffkonzentratoren, Druckgasfülleinheiten für den  
häuslichen Bereich und Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen**

**Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 XXX**

**Leistungserbringer**

Name und ggf. Rechtsform: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax: \_\_\_\_\_  
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. *[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]*
2. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie 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.

3. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten.
4. Wir verpflichten uns, eine Versorgung der Versicherten im Bundesland Niedersachsen, Bremen, Schleswig-Holstein, Hamburg sicherzustellen. Das bedeutet, dass sofern eine telefonische Beratung und Bedarfsfeststellung nicht möglich ist, den Versicherten oder deren betreuende Person schriftlich oder persönlich, wenn erforderlich auch vor Ort (nach vorheriger Terminabsprache) zu kontaktieren.
5. Wir bestätigen hiermit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ Die Sicherstellung der Belieferung des Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln innerhalb von 24 Stunden nach Auftragserteilung bzw. Kostenübernahmeerklärung durch die KKH.
- ☐ Die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit unter einer kostenfreien Servicehotline durch geschulte Fachkräfte werktags (Montag bis Freitag) von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline:

\_\_\_\_\_ *[Angabe erforderlich]*

- ☐ Die Bereitstellung eines 24-Stunden-Notdienstes an jedem Tag im Jahr für medizinische Notfälle am vertragsgegenständlichen Hilfsmittel. Bei Gerätedefekten ist sichergestellt, dass der Notdienst innerhalb von 24 Stunden durchgeführt wird.

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline für Notdienste:

\_\_\_\_\_ *[Angabe erforderlich]*

- ☐ Die Bereitstellung eines Online-Kontaktformulars, welches auf unserer Unternehmenswebsite zur Verfügung steht.

Nachweis

Link zum Online-Kontaktformular:

\_\_\_\_\_ *[Angabe erforderlich]*

- ☐ Das Vorliegen eines besonders qualifizierten und zertifizierten Beschwerdemanagements nach DIN ISO 10002:2010-05 und/oder ISO 9001:2015 oder anderer ISO-Normen im Rahmen der Vertragserfüllung.

Nachweis

Kopie des ISO-Zertifikates *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- ☐ Das Angebot eines hinreichenden Produktportfolios für den Versicherten. Wir verpflichten uns, dass identische Produktportfolio der Anlage 03 „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ vorzuhalten.
- ☐ Die Offenlegung sämtlicher Kooperationen mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten (zutreffendes bitte ankreuzen):
  - ☐ ja, wir haben Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten geschlossen. Mit den folgenden Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten bestehen laufende Kooperationen:
    - 1) \_\_\_\_\_
    - 2) \_\_\_\_\_
    - 3) \_\_\_\_\_
    - 4) \_\_\_\_\_
  - ☐ nein, es bestehen keine Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten.

6. 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.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

## **Rahmenvertrag**

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Versorgung der Versicherten der KKH mit  
Sauerstoffkonzentratoren,  
Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich und  
Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen

**zwischen**

---

- nachfolgend Leistungserbringer -

**und**

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

- nachfolgend KKH -

**LEGS: 19 99 xxx**

## **Präambel**

In einer älter werdenden Gesellschaft wird die Versorgung mit Hilfsmitteln immer wichtiger. Versicherte müssen die richtigen Hilfen erhalten, um ihren Alltag trotz Einschränkung möglichst selbstbestimmt bewältigen zu können.

Die KKH sorgt für eine gute, qualitative und zeitgemäße Hilfsmittelversorgung. Der KKH sind Beratungs- und Betreuungsangebote für ihre Versicherten wichtig. Sie setzt sich dafür ein, dass die Versicherten immer zwischen verschiedenen Hilfsmitteln die Auswahlmöglichkeit für eine aufzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung haben.

Dieser Vertrag wird als Rahmenvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen.

Dem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten.

Unabhängig von einer Beitrittsmöglichkeit haben Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer die Möglichkeit der Vertragsverhandlung mit der KKH.

## § 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung mit Sauerstoffkonzentratoren (Hilfsmittelpositionsnummer: 14.24.04.0 [neu: 14.24.06.0] und 14.24.04.6 [neu: 14.24.06.3 / 14.24.06.4]), Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich (Hilfsmittelpositionsnummer: 14.24.04.2 [neu: 14.24.04.2 / 14.24.04.3] und Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen (Hilfsmittelpositionsnummer: 14.24.05.0 / 14.24.05.4 / 14.24.05.7 und 14.99.99.1000 - 14.99.99.1007 [neu: identisch, zusätzlich: 14.24.05.3]) mit dem entsprechenden Zubehör für die Versicherten der KKH einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen wie z.B. eine telefonische Beratung und Auftragsannahme; Einweisung / Beratung des Versicherten; Lieferung; Montage und Abholung; Anpassung; Erprobung; Durchführung von Reparaturen; Wartungsarbeiten und sicherheitstechnische Kontrollen gemäß Herstellervorgaben sowie Ersatzgestaltung während Wartung / Reparatur auf der Basis von Versorgungspauschalen.
  
- (2) Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung (d.h. Einzelauftragserteilung) im Antragsverfahren nach § 6 dieses Rahmenvertrages. Die Versorgung mit stationären, netzabhängigen Sauerstoffkonzentratoren setzt sich je Einzelauftrag zusammen aus einer Erstsorgungspauschale (6 Monate) und einer Folgeversorgungspauschale (54 Monate). Die Versorgung mit stationären, netzabhängigen Sauerstoffkonzentratoren beträgt nach dem Vertrag somit je Einzelauftrag längstens 60 Monate (5 Jahre). Die Versorgung mit mobilen, netzunabhängigen Sauerstoffkonzentratoren erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer Versorgungspauschale für einen Zeitraum von 12 Monaten (1 Jahr).  
Die Versorgung mit Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer Versorgungspauschale für einen Zeitraum von 12 Monaten (1 Jahr).  
Die Versorgung mit Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen setzt sich je Einzelauftrag zusammen aus einer zeitlich befristeten Versorgungspauschale für einen Zeitraum von 60 Monaten (5 Jahre) für den Druckminderer für Druckgasflaschen oder dem Sauerstoffsparsystem (ggf. mit Atemtriggerung) und den Pauschalen für die Sauerstoff-Flaschenlieferungen für die Dauer des zeitlich befristeten Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemes (5 Jahre).
  
- (3) Maßgebend für den Leistungsumfang / die Leistungsanforderungen ist neben diesem Rahmenvertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

## § 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen

|          |                                               |
|----------|-----------------------------------------------|
| Anlage 1 | Leistungsbeschreibung                         |
| Anlage 2 | Preisvereinbarung                             |
| Anlage 3 | Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel |
| Anlage 4 | Abrechnungsregelung                           |
| Anlage 5 | Datenübermittlung                             |

|           |                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------|
| Anlage 6  | Empfangsbestätigung Versicherter / Einweisung / Funktionsprüfung |
| Anlage 7  | Muster Rezeptauftrag                                             |
| Anlage 8  | Muster Besuchsprotokoll                                          |
| Anlage 9  | Muster Beratungsdokumentation                                    |
| Anlage 10 | Muster Mehrkostendokumentation                                   |
| Anlage 11 | Muster Bedarfsermittlung                                         |

### § 3 Geltungsbereich

- (1) Der Rahmenvertrag berechtigt und verpflichtet - unter Berücksichtigung ggf. bestehender Wahlrechte der Versicherten - den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH, die eine vertragsärztliche Verordnung für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel mit Wirkung ab Vertragsbeginn besitzen und ihren Wohnsitz in den Bundesländern:
  - **Bremen**
  - **Hamburg**
  - **Niedersachsen**
  - **Schleswig- Holstein**haben.
- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt für alle vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur Versorgung der Versicherten der KKH mit Sauerstofftherapiegeräten, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung (Muster 16) über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach Vertragsbeginn liegt bzw. die ärztliche Verordnung (Muster 16) während der Vertragslaufzeit ausgestellt wurde.
- (3) Verlegt der Versicherte während der Vertragslaufzeit seinen Wohnsitz in den Bereich einer in der in § 3 Abs. 1 nicht aufgeführten Region, ist der Leistungserbringer aus diesem Vertrag nicht mehr zur Versorgung berechtigt und verpflichtet.
- (4) Der Rahmenvertrag umfasst Neuversorgungen.  
Definition Neuversorgungen:  
"Neuversorgungen" im Sinne dieser Regelung sind Versorgungen über das erstmalige Beliefern des Versicherten mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel.
- (5) Gegenstand dieses Rahmenvertrages sind auch alle laufenden Bestandsversorgungen des Leistungserbringers, welche auf Basis des §127 Abs. 3 SGB V abgegeben wurden.  
Definition Bestandsversorgungen:  
Die „Bestandsversorgungen“ im Sinne dieser Regelung sind Versorgungen, mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, die über den bereits genehmigten Zeitraum hinaus fortgeführt werden sollen.
- (6) Vor Vertragsbeginn genehmigte Versorgungen / erteilte Einzelaufträge mit vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln auf der Basis von Verträgen nach § 127 Abs. 1 bis Abs. 3 SGB V a.F. bleiben unberührt.

#### **§ 4 Leistungsvoraussetzungen / Prüfrechte**

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) sowie die Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV), in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.
- (2) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine vertragsärztliche Verordnung ("Muster 16") nachzuweisen (vgl. Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL). Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Unklarheiten sind durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu beseitigen.
- (4) Nach den Inhalten des Hilfsmittelverzeichnisses besteht die Erforderlichkeit von Sauerstofftherapiegeräten bei einer Schädigung des Atmungssystems mit behandlungsbedürftiger chronischer Hypoxämie
  - bei arteriellem Sauerstoffpartialdruck  $paO_2$  unter Ruhebedingungen während einer stabilen Krankheitsphase von ca. 4 Wochen mindestens dreimal  $\leq 55$  mmHg (7,3 kPa) oder
  - bei sekundärer Polyglobulie und/oder Zeichen eines chronischen Cor pulmonale,  $paO_2$  55 - 60 mmHg (7,3 – 8,0 kPa) und/oder
  - bei belastungsinduzierter Hypoxämie ( $paO_2 < 55$  mmHg bzw. 7,3 kPa) mit dem Nachweis einer verbesserten Belastbarkeit unter Sauerstoffatmung
  - zur Langzeitsauerstofftherapie ( $O_2$ -Gabe  $\geq 16$  Stunden/Tag) und/oder Ermöglichung einer außerhäuslichen Mobilität, wenn eine außerhäusliche Mobilität sichergestellt werden muss, (z.B. bei Arzt-/ Therapiebesuchen, zur Erhaltung der Mobilität im Rahmen der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens).
- (5) Die Einleitung einer Sauerstofflangzeittherapie soll immer nach den Richtlinien der Gesellschaften für Pneumologie und den Leitlinien der Deutschen Fachgesellschaften erfolgen (Allgemeine Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie oder den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungemphysem (COPD)).
- (6) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.

- (7) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Wartung, sicherheitstechnische Kontrolle und Reparatur gemäß Leistungsbeschreibung durchzuführen, sind vorzuhalten. Gleiches gilt für die hierfür erforderlichen Ersatz- und Zubehörteile.
- (8) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.
- (9) Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (10) Die KKH ist berechtigt, die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben in geeigneter Weise zu überprüfen. Sie kann hierzu unangemeldete Testversorgungen und Besichtigungen der Betriebsstätten des Leistungserbringers durchführen.  
Der Leistungserbringer gestattet der KKH innerhalb der Betriebszeiten den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und die Einsichtnahme in die Nachweise über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentation der erbrachten Leistungen.  
Die KKH kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst hinzuziehen.

## **§ 5 Auswahl des Hilfsmittels**

- (1) Die Auswahl des zweckmäßigen Hilfsmittels hat entsprechend der ärztlichen Verordnung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gem. §§ 12, 70 SGB V zu erfolgen. Der Leistungserbringer sorgt während der gesamten Vertragslaufzeit für eine Lieferfähigkeit mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln. Lieferunfähigkeiten sind der KKH unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Der Leistungserbringer ist bei der Auswahl des Hilfsmittels an die von ihm angebotenen, d.h. die in seinem Angebot bezeichneten Hilfsmittel gebunden. Der Leistungserbringer ist berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 7steller zusätzliche 10steller in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10steller hat der Leistungserbringer der KKH unverzüglich schriftlich unter Nennung der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer mitzuteilen.
- (3) Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt verordnet, entbindet das den Leistungserbringer und die KKH nicht nach § 12 SGB V, die Versorgung mit einem wirtschaftlichen Produkt zu prüfen. Die KKH kann durch den Medizinischen Dienst (MD) beratend prüfen lassen, ob das Produkt medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes trifft auf Basis des MD-Gutachtens die KKH. Kommt die KKH zu dem Ergebnis, dass die Versorgung mit dem Produkt eines vom Leistungserbringer angebotenen Herstellers ausreichend und zweckmäßig ist, hat der Leistungserbringer die Versorgung mit diesem Produkt zum angebotenen Pauschalpreis vorzunehmen.
- (4) Stellt sich im Rahmen der Prüfung heraus, dass die Versorgung mit einem Produkt eines Herstellers, dessen Produkte der Leistungserbringer nicht durch Benennung in der Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel" verbindlich angeboten

hat, medizinisch indiziert ist, ist der Leistungserbringer nicht zur Lieferung verpflichtet. Die KKH ist in diesem Fall berechtigt, den Einzelauftrag zur dauerhaften Versorgung an einen anderen Vertragspartner zu vergeben bzw. dem Versicherten ein Wahlrecht einzuräumen. Der Leistungserbringer ist berechtigt, einen unverbindlichen Kostenvoranschlag zur Versorgung des Versicherten mit dem medizinisch notwendigen Produkt bei der KKH einzureichen.

## **§ 6 Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)**

- (1) Der Leistungserbringer hat die Versorgung auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung und nach vorheriger schriftlicher Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH die Leistung durchzuführen soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entstehen, können nicht geltend gemacht werden.
- (2) Soweit der Leistungserbringer gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln. Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist die vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen.
- (3) Die KKH prüft die per elektronischen Kostenvoranschlag (eKV) übermittelten Daten bzw. die eingereichten Unterlagen und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern. Anderenfalls erhält der Leistungserbringer die für die Abrechnung notwendige Genehmigung im eKV-Verfahren bzw. die relevanten Unterlagen zusammen mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung). Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH.

## **§ 7 Versorgung**

- (1) Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist jederzeit möglich, wirkt jedoch erst nach Ablauf des Genehmigungszeitraums.
- (2) Es sind die Anforderungen an die Qualität der Versorgung zu erfüllen, die zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln in der jeweils gültigen Fassung im Hilfsmittelverzeichnis beschrieben sind. Das Nähere definiert die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (3) Werden die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, sind die Vertragspartner zur Kündigung des Vertrages berechtigt. Es gilt § 19 Abs. 3 des Rahmenvertrages.

### **§ 7a Weitere Anforderungen an die Versorgung, die über die Anforderung gemäß Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen**

Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten die nachstehenden Leistungen an. Die Leistungsangebote sind verbindlich; jedoch für den Versicherten nicht verpflichtend.

- (1) nicht besetzt.
- (2) nicht besetzt.
- (3) nicht besetzt.
- (4) Der Leistungserbringer bietet den Versicherten der KKH eine für den Versicherten kostenfreie Servicehotline, die zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Servicezeiten in ausreichendem Umfang besetzt ist. Der Leistungserbringer verpflichtet sich während der Vertragslaufzeit 80% der (vertragsbezogen) eingehenden Anrufe in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden annehmen und dies der KKH auf Verlangen nachzuweisen.
- (5) Der Leistungserbringer bietet zur Nachbetreuung oder Klärung etwaiger Komplikationen eine telefonische Erreichbarkeit unter der kostenfreien Servicehotline gemäß Abs. 4 von geschulten Fachkräften (gemäß Ziffer 2.9 der Leistungsbeschreibung) werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr, Samstag von 8.00 bis 13.00 Uhr.
- (6) Der Leistungserbringer bietet als weitere Kontaktmöglichkeit für den Versicherten ein Online-Kontaktformular an, welches auf der Website des Leistungserbringers zur Verfügung steht.
- (7) nicht besetzt.
- (8) Der Leistungserbringer hat im Rahmen der Vertragserfüllung ein Beschwerdemanagement zu führen. Das Beschwerdemanagement wird von einem besonders qualifizierten und zertifizierten Beschwerdemanagement nach DIN ISO 10002:2010-05 und/oder ISO 9001:2015 oder anderer ISO-Normen begleitet.
- (9) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten ein Rezeptmanagement an. Das Rezeptmanagement dient dazu, den Therapieerfolg und die Versorgungsqualität zu gewährleisten. Im Rahmen des Rezeptmanagements willigt der Versicherte ein, dass ärztliche Verordnungen über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel von seinem behandelnden Arzt direkt an den Leistungserbringer persönlich oder postalisch weitergegeben werden (Anlage 09: Muster „Rezeptauftrag“).

### **§ 8 Vergütung**

- (1) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich nach Anlage 02: "Preisvereinbarung". Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche MwSt.-Satz. Bei Folgevergütungspauschalen (Hilfsmittelkennzeichen - 09) ist der ge-

gesetzliche MwSt.-Satz anzuwenden, welcher zu Beginn des Folgeversorgungszeitraumes gilt.

Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 04: "Abrechnungsregelung" zur Zahlung fällig.

- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und Bereitstellung des verordneten Hilfsmittels beim Versicherten, sofern im § 6 dieses Rahmenvertrages keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen. Der Vergütungsanspruch entsteht nur, wenn alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.
- (3) Sofern ein Versorgungs-/Genehmigungszeitraum planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer dennoch verpflichtet diese Leistung gem. Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erbringen.
- (4) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren.

Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (u. a. Sauerstoffkonzentratoren) gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % der Pauschale, mindestens 5 Euro, aber nicht mehr als 10 Euro. Die Zuzahlung bezieht sich auf das eingesetzte Hilfsmittel. Je Hilfsmittel können für den gesamten Versorgungszeitraum maximal 10 Euro erhoben werden. Eine Zuzahlung bei Folgevergütungspauschalen (Hilfsmittelkennzeichen - 09) fällt dann ggf. nicht mehr an.

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (u. a. Befüllungen von Sauerstoffflaschen) gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V. Auf jede fällig werdende Pauschale ist eine Zuzahlung von 10 % zu berechnen, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf.

Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden. Insbesondere dürfen keine Entgelte für bestimmte Zahlungswege verlangt werden.

- (5) Mit der Zahlung des vereinbarten Vertragspreises sind alle nach diesem Rahmenvertrag zu erbringenden Leistungen für die Versorgung bzw. bei Versorgungspauschalen für den Versorgungszeitraum abgegolten.
- (6) Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst laut diesem Rahmenvertrag erbracht wurden.

## § 9 Abrechnungsregelung

### a) stationäre, netzabhängige Sauerstoffkonzentratoren

- (1) Die Versorgung mit Sauerstoffkonzentratoren setzt sich je Einzelauftrag zusammen aus einer Erstvergütungspauschale (6 Monate) und einer Folgevergütungspauschale (54 Monate). Die Versorgung mit Sauerstoffkonzentratoren beträgt nach dem Vertrag somit je Einzelauftrag längstens 60 Monate (5 Jahre).
- (2) Die Abgabe und Abrechnung von Sauerstoffkonzentratoren nach diesem Vertrag bedarf der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH. Kosten, die vor dem Ausstellungsdatum der medizinischen Verordnung entstehen, können nicht geltend gemacht werden. Die Erstvergütung ist dann abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt wurde und in die Handhabung eingewiesen wurde. Die Folgevergütung ist bei Vorliegen der Genehmigung durch die KKH sofort abrechenbar. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Erstvergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 08)

- Empfangsbestätigung des Versicherten

Folgevergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 09)

- n.n.

Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:

- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Preis
- Zuzahlung

### b) mobile, netzunabhängige Sauerstoffkonzentratoren

- (1) Die Versorgung mit mobilen, netzunabhängigen Sauerstoffkonzentratoren erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer Vergütungspauschale für einen Zeitraum von 12 Monaten (1 Jahr).
- (2) Die Abgabe und Abrechnung von mobilen, netzunabhängigen Sauerstoffkonzentratoren nach diesem Vertrag bedarf der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH. Kosten, die vor dem Ausstellungsdatum der medizinischen Verordnung entstehen, können nicht geltend gemacht werden. Die Erstvergütung ist dann abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt wurde und in die Handhabung eingewiesen wurde. Die Folgevergütung ist bei Vorliegen der Genehmigung durch die KKH sofort abrechenbar. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Erstvergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 08)

- Empfangsbestätigung des Versicherten

Folgevergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 09)

- n. n.

Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:

- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Preis
- Zuzahlung

#### c) Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich

- (1) Die Versorgung mit Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer Vergütungspauschale für einen Zeitraum von 12 Monaten (1 Jahr).
- (2) Die Abgabe und Abrechnung von Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich nach diesem Vertrag bedarf der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH. Kosten, die vor dem Ausstellungsdatum der medizinischen Verordnung entstehen, können nicht geltend gemacht werden. Die Erstvergütung ist dann abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt wurde und in die Handhabung eingewiesen wurde. Die Folgevergütung ist bei Vorliegen der Genehmigung durch die KKH sofort abrechenbar. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Erstvergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 08)

- Empfangsbestätigung des Versicherten

Folgevergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 09)

- n. n.

Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:

- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Preis
- Zuzahlung

#### d) Sauerstoffdruckgas-Flaschensysteme

- (1) Die Versorgung mit Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen setzt sich je Einzelauftrag zusammen aus einer zeitlich befristeten Versorgungspauschale für einen Zeitraum von 60 Monate (5 Jahre) für den Druckminderer ohne bzw. mit Atemtriggerung und den Pauschalen für die Sauerstoff-Flaschenlieferungen für die Dauer des zeitlich befristeten Sauerstoffdruckgas-Flaschensystems (5 Jahre).
- (2) Die Abgabe von Sauerstoffdruckgas-Flaschensysteme und Sauerstoffflaschen nach diesem Vertrag bedarf der Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung und Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) durch die KKH. Kosten, die vor dem Ausstellungsdatum der medizinischen Verordnung entstehen, können nicht geltend gemacht werden.

Die Vergütungspauschale für den Druckminderer oder dem Sauerstoffsparsystem inklusive Druckminderer sind dann abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt wurde und in die Handhabung eingewiesen wurde. Die Abrechnung der Vergütungspauschalen für die Sauerstoff-Flaschenlieferungen erfolgt je Versicherten einmal monat-

lich je Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Versorgung. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Vergütungspauschale für den Druckminderer oder das Sparsystem inklusive Druckminderer (Hilfsmittelkennzeichen - 08)

- Empfangsbestätigung des Versicherten

Vergütungspauschale(n) - Sauerstoff-Flaschenfüllung (Hilfsmittelkennzeichen - 08)

- Lieferschein(e)
- Empfangsbestätigung(en) des Versicherten

Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:

- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Einzelpreis
- Gesamtpreis
- Zuzahlung

Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß der Anlage 04: „Abrechnungsregelung“.

Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels nicht mehr geltend gemacht werden.

## **§ 10 Statistiken**

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nachstehende Statistiken im Rahmen der zu Lasten der KKH durchgeführten Versorgungsfälle der KKH auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Hierfür stellt und liefert der Leistungserbringer kalenderjährlich bis zum 15. Februar des Folgejahres eine Statistik / Auflistung der Versorgungsfälle an die KKH mit folgenden Daten:

a) Auflistung der Anzahl der Versorgungsfälle mit folgenden Daten:

- Abrechnungspositionsnummer
- Anzahl der Versorgungsmonate je Versicherten

b) Auflistung / Statistik über durchgeführte medizintechnische Notdiensteinsätze vor Ort bei Gerätedefekten gemäß Ziffer 2.2.9 der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ (Anmerkung: wenn Gerätedefekte nicht durch telefonische Anleitung behoben werden konnten) mit folgenden Daten:

- Anzahl der medizintechnische Notdiensteinsätze vor Ort unter Angabe des Sauerstoffgerätes bzw. der Hilfsmittelpositionsnummer

c) Auflistung / Statistik über durchgeführte Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen gemäß Ziffer 2.2.11 der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ unter Angabe des Sauerstoffgerätes bzw. der Hilfsmittelpositionsnummer

## **§ 11 Haftung**

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

## **§ 12 Folgen von Vertragsverstößen**

- (1) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen ist die KKH berechtigt, den Rahmenvertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend.
- (2) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht fristgerecht nach, so ist die KKH berechtigt, dem Leistungserbringer im Rahmen einer Ermessensentscheidung eine Nachbesserungsfrist zu setzen oder anstelle des Leistungserbringers die Versorgung, ggf. durch Dritte, sicherzustellen.

Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung innerhalb der Nachbesserungsfrist nicht nach, so kann der Auftrag durch die KKH ebenfalls entzogen werden. Bei Auftragsentzug hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung sowie eine Verwaltungskostengebühr in Höhe von 50,00 € zu tragen. Abs. 2 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung innerhalb von 30 Tagen zu begleichen. Es gelten im Übrigen die Bestimmungen der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

- (3) Reicht ein Versicherter bei der KKH eine Beschwerde ein, weil die Versorgung nicht innerhalb von 2 Werktagen ab Eingang der Genehmigung (vgl. § 7 dieses Vertrages) vorgenommen wurde, verwirkt der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe, es sei

denn, der Leistungserbringer weist nach, dass ihn auf die nicht fristgerechte Versorgung kein Verschulden im Sinne 276, 278 BGB trifft oder der Versicherte eine spätere Auslieferung ausdrücklich gewünscht hat. Eine Vertragsstrafe kann während der Laufzeit des Vertrages mehrfach verwirkt werden.

Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe vereinbaren die Parteien 250,00 EUR je Versorgungsfall, in dem die Versorgungsfrist nicht eingehalten wurde. Die Summe aller Vertragsstrafen beträgt jährlich maximal 5% des Gesamtjahresumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag erzielt. Gemessen an dieser Höchstgrenze zu viel gezahlte Vertragsstrafen werden nach der Vertragslaufzeit von der KKH zurückerstattet.

### **§ 13 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten**

- (1) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Hilfsmittel/Leistungen ist unzulässig.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen einzurichten. Der Leistungserbringer darf nur Leistungen abrechnen, die er mit eigenem Fachpersonal aus einer präqualifizierten Betriebsstätte heraus erbracht hat.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig.
- (4) Unzulässig ist auch die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile (z.B. unentgeltliche Erbringung von nicht vertraglich vereinbarten Leistungen) für die Zuweisung von Patienten und Verordnungen.
- (5) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten oder Krankenhäusern mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (6) Koordinierende Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern im Rahmen des Überleitmanagements sind zulässig, soweit diese wettbewerbsrechtskonform ausgestaltet sind und sichergestellt ist, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern nicht beeinflusst wird. Im Rahmen solcher Kooperationsmodelle können die vertraglich vereinbarten hilfsmittelbezogenen Beratungsleistungen während des stationären Aufenthalts des Versicherten im Krankenhaus erbracht werden. Es gilt § 4 Abs. 6 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern zu schließen, die eine exklusive Kooperation zum Gegenstand haben. Der Leistungserbringer geht keine Kooperationen mit Krankenhäusern ein, die im Ergebnis eine unzulässige Bevorzugung im Rahmen des Entlassmanagements (vgl. § 4 Abs. 6 Rahmenvertrag Entlassmanagement) zum Gegenstand haben oder auch nur faktisch bewirken.

- (7) Für sämtliche Kooperationen mit Krankenhäusern gelten die Compliance-Grundsätze des Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed (Dokumentationsprinzip, Transparenzprinzip, Trennungsprinzip, Äquivalenzprinzip). Diese sind insbesondere zu beachten, wenn originäre Krankenhausaufgaben von Mitarbeitern des Hilfsmittelleistungserbringers übernommen werden.
- (8) Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern sind der KKH auf Anforderung offenzulegen. Gleiches gilt für sonstige Verträge mit Krankenhäusern oder (die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel verordnenden) Ärzten, wie bspw. Mietverträge, Verträge zur Arbeitnehmerüberlassung etc.
- (9) Es gelten im Übrigen auch die im Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln.
- (10) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.
- (11) Ein Verstoß gegen Abs. 1 bis 8 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 12 dar.

#### **§ 14 Werbung, Kommunikation mit den Versicherten**

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen abzustellen und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der KKH beziehen. Anschreiben an die Versicherten der KKH, die im Zusammenhang mit diesem Rahmenvertrag stehen sind vorab inhaltlich mit der KKH abzustimmen. Dies gilt auch für die Benachrichtigung der Versicherten über das Ende dieses Rahmenvertrages.
- (2) Die KKH hat das Recht, ihre Versicherten über die Inhalte dieses Rahmenvertrages (insbesondere über das Produktportfolio des Leistungserbringers und das den Versicherten nach diesem Rahmenvertrag zustehenden Wahlrechts innerhalb der Produktart) zu informieren. Die KKH hat überdies das Recht, Krankenhäuser über die zur Leistungserbringung berechtigten Vertragspartner zu informieren.
- (3) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
- (4) Bei der Kommunikation mit Versicherten hat der Leistungserbringer stets seine Neutralitätspflicht in Bezug auf die Kostenträger zu wahren. Er unterlässt wertende Aussagen zu Krankenkassen und vermeidet unwahre oder irreführende Aussagen zu den Inhalten des Versorgungsvertrages und / oder den maßgeblichen sozialrechtlichen Vorschriften.
- (5) Wählt der Versicherte nach Versorgung durch den Leistungserbringer einen anderen Leistungserbringer aus, unterlässt der Leistungserbringer Rückwerbeversuche.

#### **§ 15 Datenschutz**

- (1) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz.

- (2) Die Benennung der KKH als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH gestattet.

### **§ 16 Insolvenz des Leistungserbringers**

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

### **§ 17 Abtretung**

Die Abtretung von Ansprüchen aus diesem Vertrag bedarf der vorherigen Zustimmung der anderen Vertragspartei.

### **§ 18 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung**

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.12.2021 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss dieses Rahmenvertrages treten für die KKH alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Sauerstoffkonzentratoren, Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich und Sauerstoffdruckgas-Flaschensystemen außer Kraft. Bereits genehmigte Versorgungen bleiben davon unberührt.
- (3) Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2021, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.

### **§ 19 Sonderkündigungsrecht**

- (1) Die KKH ist zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 dieses Vertrages nicht mehr gegeben sind.
- (2) Die KKH kann vom Rahmenvertrag zurücktreten oder den Rahmenvertrag 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.

## **§ 20 Schriftform**

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

## **§ 21 Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Rahmenvertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen hiervon unberührt. In diesen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer

\_\_\_\_\_  
KKH

# Anlage 01: Leistungsbeschreibung

## 1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Rahmenvertrages ist die Zurverfügungstellung von

- Sauerstoffkonzentratoren, stationär, netzabhängig (Hilfsmittel-Nr.: 14.24.04.0, neu: 14.24.06.0)
- Sauerstoffkonzentratoren, mobil, netzunabhängig (Hilfsmittel-Nr.: 14.24.04.6, neu: 14.24.06.1 / 14.24.06.3 / 14.24.06.4)
- Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich (Hilfsmittel-Nr.: 14.24.04.2, 14.24.04.2 / 14.24.04.3)
- Sauerstoff-Druckgasflaschensysteme (Hilfsmittel-Nr.: 14.24.05.0 oder 14.24.05.7/14.24.05.4 + 14.99.99.1000 bis 14.99.99.1007, neu: identisch, zusätzlich: 14.24.05.3)

für die Versicherten der KKH im Wege von Vergütungspauschalen gemäß der jeweiligen Produktbeschreibung.

Von der Vergütungspauschale umfasst sind darüber hinaus alle im Zusammenhang mit der Versorgung erforderlichen Versorgungsleistungen wie z.B. eine telefonische Beratung und Auftragsannahme; Einweisung / Beratung des Versicherten; Lieferung; Montage und Abholung; Durchführung von Reparaturen; Wartungsarbeiten und sicherheitstechnische Kontrollen gemäß Herstellervorgaben, sowie Ersatzgestellung während Wartung / Reparatur.

Im System der Vergütungspauschalen bleibt der Leistungserbringer Eigentümer der von ihm zur Versorgung eingesetzten und an die Versicherten abgegebenen Hilfsmittel.

Das Nähere regeln die folgenden Bestimmungen

### 1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel

Im Einzelnen versorgt der Leistungserbringer die Versicherten der KKH während der Vertragslaufzeit mit den in der Anlage 03: „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ aufgelisteten Hilfsmitteln.

Der Beitritt zum Vertrag setzt voraus, dass der beitretende Leistungserbringer das identische Produktportfolio der Anlage 03 „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ anbietet.

Die in der Anlage 03: „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ benannten 10-steller müssen mindestens im Produktportfolio des Leistungserbringers enthalten sein und nach Maßgabe dieses Vertrages den KKH Versicherten angeboten werden. Es steht dem Leistungserbringer frei, weitere 10-steller zum Gegenstand des Vertrages zu machen.

Für die Versorgung dürfen nur Hilfsmittel eingesetzt werden, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei und funktionsgerecht sind und die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Der Leistungserbringer kann sowohl neue Hilfsmittel als auch wiederaufbereitete Hilfsmittel im Rahmen der Versorgungspauschale zur Versorgung einsetzen.

Der Leistungserbringer gewährleistet die Einhaltung der Hygienevorgaben nach den Empfehlungen des Fachverbandes SPECTARIS zur „Hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie“ in Anlehnung an die Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI).

Die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel sind mit der Produktgruppe, Anwendungsort und der jeweils maßgebenden Produktuntergruppe (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.) gemäß GKV-Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V im Rahmenvertrag aufgeführt.

## **1.2. Medizinisch / technische (Mindest-) Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel**

Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und die Ausführung der Hilfsmittel in den Produktuntergruppen sowie die sonstigen Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des/der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 139 SGB V für die betreffende Produkt- (Unter-) Gruppe in der jeweils gültigen Fassung.

Ein Nachweis der medizinisch / technischen Produkteigenschaften der angebotenen Hilfsmittel oder/und des Zubehörs ist auf Anfrage nachzureichen.

### **1.2.1. Verwendung im Hilfsmittelverzeichnis gelisteter Produkte**

Bei der Versorgung sind ausschließlich Hilfsmittel zu verwenden, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

### **1.2.2. Änderungen der Produktlistung / -Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis während der Vertragslaufzeit**

Ändert sich die Hilfsmittelpositionsnummer (Umgruppierung im Hilfsmittelverzeichnis) bleibt die Versorgungspflicht für das Hilfsmittel für die Zukunft unter der neuen Hilfsmittelpositionsnummer bestehen.

### **1.2.3. Einhaltung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Normen**

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte den jeweils geltenden Normen und gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

Der Leistungserbringer darf nur Hilfsmittel liefern und zum Einsatz bringen, die nach den maßgeblichen Bestimmungen des MPG, der Richtlinie 93/42/EWG in der jeweils gültigen Fassung über das erforderliche CE-Kennzeichen verfügen und den Empfehlungen des BfArM entsprechen.

## **1.3. Prüfung der Unterlagen und Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung**

Die Versorgung durch den Leistungserbringer erfolgt ausschließlich bei Vorliegen einer schriftlichen Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH.

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt mit der Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung im darin festgelegten Umfang.

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

## **1.4. Versorgungszeitraum**

Der Leistungserbringer hat die Versorgung mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel je Einzelauftrag für den genehmigten Versorgungszeitraum sicherzustellen.

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

### **1.4.1. Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig (Hilfsmittelnummer: 14.24.04.0, neu: 14.24.06.0)**

Der Versorgungszeitraum mit Sauerstoffkonzentratoren beträgt je Einzelauftrag insgesamt 60 Monate (5 Jahre) und setzt sich zusammen aus einer Erst(versorgungs)pauschale und einer Folge(versorgungs)pauschale. Der Versorgungszeitraum der Erst(versorgungs)pauschale beträgt 6 Monate. Der Versorgungszeitraum der Folge(versorgungs)pauschale beträgt 54 Monate.

### **1.4.2. Sauerstoffkonzentrator, mobil, netzunabhängig (Hilfsmittelnummer: 14.24.04.6, neu: 14.24.06.3 / 14.24.06.4)**

Der Versorgungszeitraum der Versorgungspauschale für mobile, netzunabhängige Sauerstoffkonzentratoren beträgt je Einzelauftrag 12 Monate (1 Jahr).

### **1.4.3. Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich (Hilfsmittelnummer: 14.24.04.2)**

Der Versorgungszeitraum der Versorgungspauschale mit Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich beträgt je Einzelauftrag 12 Monate (1 Jahr).

### **1.4.4. Sauerstoff-Druckgasflaschensysteme (Hilfsmittelnummer: 14.24.05.0 oder 14.24.05.4 / 14.24.05.7, neu: identisch, zusätzlich: 14.24.05.3)**

Der Zeitraum der Versorgungspauschale für den Druckminderer (14.24.05.0) oder das Sauerstoffsparsysteme (14.24.05.7 / 14.24.05.4 inkl. Druckminderer für Druckgasflaschen) beträgt je Einzelauftrag 60 Monate (5 Jahre). Für die Dauer des Zeitraums der Versorgungspauschale über das Sauerstoffdruckgas-Flaschensystem (5 Jahre) ist die Belieferung mit Sauerstoff-Druckgasflaschen (14.99.99.1000 bis 14.99.99.1007) sicherzustellen.

## **2. Leistungsumfang / Versorgungsprozess**

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten für die Dauer des Versorgungszeitraums das vertragsärztlich verordnete Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zum Gebrauch zur Verfügung.

Von der Versorgungspauschale umfasst sind darüber hinaus alle im Zusammenhang mit der Versorgung erforderlichen Versorgungsleistungen, wie z.B. eine telefonische Beratung und Auftragsannahme; Bedarfsfeststellung; Einweisung / Beratung des Versicherten; Lieferung; Montage und Abholung; Anpassung; Erprobung; Durchführung von Reparaturen; Wartungsarbeiten und sicherheitstechnischer Kontrollen gemäß Herstellervorgaben sowie Ersatzgestellung während Wartung / Reparatur.

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

## **2.1. Leistungsort**

Der Leistungserbringer hat die Lieferung der Hilfsmittel und die Erbringung der weiteren von ihm zu erbringenden Leistungen persönlich „vor Ort“, d.h. im allgemeinen Lebensbereich / der häuslichen Umgebung am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen durchzuführen, soweit nachfolgend bzw. im Vertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

Auf Wunsch des Versicherten und mit Zustimmung des Krankenhauses können die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen auch bereits während des stationären Aufenthaltes (in Vorbereitung auf die Entlassung) erbracht werden. § 13 des Rahmenvertrages gilt.

## **2.2. Definition "Neuversorgung"**

siehe Rahmenvertrag §3 Abs. 4 sowie §3 Ab. 5

### **2.2.1. Erhalt der ärztlichen Verordnung**

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten:

Variante 1:

Der Leistungserbringer wird unmittelbar vom Versicherten beauftragt, die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Unterlage direkt vom Versicherten.

Variante 2:

Der Leistungserbringer wird mittelbar vom Versicherten beauftragt. Der Leistungserbringer erhält während einer stationären Behandlung des Versicherten von einem Krankenhaus / von einer Rehaklinik den Auftrag, die unverzügliche Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln im Anschluss an der stationären Behandlung im häuslichen Bereich sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Unterlage vom Krankenhaus / von einer Rehaklinik.

Variante 3:

Sofern die medizinische Unterlage zunächst bei der KKH eingeht, übermittelt sie diese unverzüglich dem Leistungserbringer.

Der Leistungserbringer hat die medizinische Unterlage auf Plausibilität zu überprüfen, d.h. auf Vollständigkeit: z.B. Angabe 7-Steller bzw. Produktart, stimmiger Diagnose und für die Versorgung erforderlicher Therapiedaten (u.a. Flussraten, Mobilität des Versicherten) und unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Versicherten (z.B. Versorgungsstatus, Wohnverhältnisse ggf. Beruf, Tätigkeiten/Aktivitäten) ggf. vor Ort eine Bedarfsfeststellung (Auswahl des 10-stellers einschließlich Zubehör) vorzunehmen.

Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Unterlage sind nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen und erneut durch den Arzt unter Angabe des Datums abzuzeichnen.

### **2.2.2. Kostenvoranschlag**

#### **2.2.2.1 Durchführung einer Versorgung**

Vor der Durchführung einer Versorgung hat der Leistungserbringer der KKH schriftlich die Übernahme der Versorgung mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvoranschlag auf Grundlage der medizinischen Unterlage und seiner Bedarfsfeststellung für das vertragsgegenständliche Hilfsmittel in Höhe der angebotenen Versorgungspauschale.

Der Kostenvoranschlag ist der KKH innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der medizinischen Unterlage beim Leistungserbringer zu übermitteln. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer.

Die Übermittlung des Kostenvoranschlags (KVA) an die KKH erfolgt nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben. Der Kostenvoranschlag ist an die in Anlage 05: „Datenübermittlung“ zuständige Stelle zu richten.

Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der medizinischen Verordnung sowie den vom Leistungserbringer ausgefüllten Anlage 11: „Bedarfsermittlung zur Sauerstoffversorgung“ beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist dieser die medizinische Unterlage im Original vorzulegen.

Bei einer Direktgenehmigung durch die KKH ist kein KVA erforderlich.

#### **2.2.2.2 Fortführung einer Versorgung**

Soll die Versorgung mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel über den vereinbarten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer ca. 21 Tage vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses schriftlich mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvoranschlag auf Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und seiner Bedarfsfeststellung für das vertragsgegenständliche Hilfsmittel in Höhe der angebotenen Versorgungspauschale.

Die Übermittlung des Kostenvoranschlags (KVA) an die KKH erfolgt nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben. Der Kostenvoranschlag ist an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ zuständige Stelle zu richten.

Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der medizinischen Unterlage beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist dieser die medizinische Unterlage im Original vorzulegen.

#### **2.2.3. Prüfung der eingereichten Unterlagen/Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung)**

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung und den Versorgungszeitraum im darin festgelegten Umfang. Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise angegeben sind.

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

#### **2.2.4. Lieferung des Hilfsmittels**

##### **2.2.4.1. Auslieferung des Hilfsmittels**

Der Leistungserbringer liefert das vertragsgegenständliche Hilfsmittel (einschließlich Zubehör) im medizinisch notwendigen Umfang gemäß medizinischer Unterlage und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung).

Die Lieferung hat unmittelbar aus einer präqualifizierten Betriebsstätte gemäß § 126 Abs.1a SGB V heraus zu erfolgen. Eine Zwischenlagerung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel in ungeeigneten Lagerstätten (z.B. in Keller- und Garagenbereichen von Außendienstmitarbeitern) ist unzulässig.

Die zu erbringende Versorgungsleistung ist eine persönliche Leistung des dafür jeweils qualifizierten Fachpersonals (vgl. Ziffer 2.2.6.). Ein Versand der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel ist nicht gestattet. Ein Versand des vertragsgegenständlichen Zubehörs bzw. der Verbrauchsmittel ist dagegen zulässig, sofern keine weitere Beratung oder Einweisung erforderlich ist.

#### 2.2.4.2. Lieferung

Die Auslieferung des Hilfsmittels erfolgt im medizinisch notwendigem Umfang zusammen mit dem "Regel-Zubehör" gemäß der nachfolgenden Tabelle: „Von der Versorgungspauschale erfasstes (Regel-) Zubehör der Hilfsmittel“

Für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraumes beliefert der Leistungserbringer ferner den Versicherten mit dem notwendigen Zubehör bzw. Sauerstoff im erforderlichen Umfang.

**Tabelle: "Von der Versorgungspauschale erfasstes (Regel-)Zubehör"**

| Hilfsmittel                                                                                                  | "Regel-Zubehör" (bei Bedarf)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig</b><br><br><b>14.24.04.0 (neu: 14.24.06.0)</b>            | <p>Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atemgasbefeuchter</li> <li>- Halterung</li> <li>- Standard-Verlängerungsschlauch</li> <li>- Wasserfalle</li> <li>- Nasenbrille</li> <li>- Maske</li> <li>- Grobstaubfilter</li> <li>- Sterilwasser, sofern medizinisch verordnet</li> <li>- Feuerschutzventile (patientennahe Brandschutzvorrichtung)</li> </ul> <p>Der Umfang des Zubehörs richtet sich nach den Angaben des jeweiligen Herstellers zur Nutzungsdauer.<br/>Im Fall fehlender Herstellerangaben richtet sich der Umfang zur Lieferung nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie".</p> |
| <b>Sauerstoffkonzentrator, mobil, netzunabhängig</b><br><br><b>14.24.04.6 (neu: 14.24.06.3 / 14.24.06.4)</b> | <p>Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Transporthilfe (Trolley, Transportgestell, Tasche usw.)</li> <li>- mit Akku und Ladegerät</li> <li>- Sauerstoffschlauch</li> <li>- Nasenbrille</li> <li>- Nasenmaske</li> <li>- Wasserfalle</li> <li>- Sterilwasser, sofern medizinisch verordnet</li> <li>- Feuerschutzventile (patientennahe Brandschutzvorrichtung)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                          | <p>Der Umfang des Zubehörs richtet sich nach den Angaben des jeweiligen Herstellers zur Nutzungsdauer.</p> <p>Im Fall fehlender Herstellerangaben richtet sich der Umfang zur Lieferung nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie".</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich</b></p> <p><b>14.24.04.2</b></p>                  | <p>Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sauerstoffkonzentrator (14.24.,04.0 inkl. Zubehör)</li> <li>- 2 Druckgasflaschen (Es müssen Flaschen in unterschiedlichen Flaschengrößen, wahlweise mit integriertem Sparsystem oder kontinuierlichen Dauerflow - je nach Bedarfsfeststellung - zur Verfügung gestellt werden).</li> <li>- Trage-/Gerätetaschen</li> <li>- Sauerstoffschlauch</li> <li>- Nasenbrille</li> <li>- Nasenmaske</li> <li>- Sterilwasser , sofern medizinisch verordnet</li> </ul> <p>Der Umfang des Zubehörs richtet sich nach den Angaben des jeweiligen Herstellers zur Nutzungsdauer.</p> <p>Im Fall fehlender Herstellerangaben richtet sich der Umfang zur Lieferung nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie".</p> |
| <p><b>Druckminderer für Druckgasflaschen</b></p> <p><b>14.24.05.0 (neu: 14.24.05.0 / 14.24.05.3)</b></p> | <p>Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Druckminderer</li> <li>- Atemgasbefeuchter</li> <li>- Mengenmanometer</li> <li>- Tasche, Caddy, Rucksack, Fahrgestell</li> <li>- Flaschenmantel</li> <li>- Wasserfalle</li> <li>- Nasenbrille</li> <li>- Maske</li> <li>- zwei Sauerstoffflaschen mit Füllung (Erstbelieferung)</li> <li>- Spiralschlauch</li> <li>- Sterilwasser, sofern medizinisch verordnet</li> </ul> <p>Der Umfang des Zubehörs richtet sich nach den Angaben des jeweiligen Herstellers zur Nutzungsdauer.</p> <p>Im Fall fehlender Herstellerangaben richtet sich der Umfang zur Lieferung nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie".</p>                                                                                   |

|                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sauerstoffsparsystem</b><br><br><b>14.24.05.7 oder 14.24.05.4 inkl. Druckminderer für Druckgasflaschen</b> | <p>Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Druckminderer</li> <li>- Atemgasbefeuchter</li> <li>- Mengenmanometer</li> <li>- Tasche, Caddy, Rucksack, Fahrgestell</li> <li>- Flaschenmantel</li> <li>- Wasserfalle</li> <li>- Nasenbrille</li> <li>- Maske</li> <li>- zwei Sauerstoffflaschen mit Füllung (Erstbelieferung)</li> <li>- Spiralschlauch</li> <li>- Sterilwasser, sofern medizinisch verordnet</li> </ul> <p>Der Umfang des Zubehörs richtet sich nach den Angaben des jeweiligen Herstellers zur Nutzungsdauer.<br/>Im Fall fehlender Herstellerangaben richtet sich der Umfang zur Lieferung nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie".</p> |
| <b>Sauerstoffdruckgasflaschenlieferung</b><br><br><b>14.99.99.1000 bis 14.99.99.1007</b>                      | <p>Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein.</p> <p>Im Preis enthalten ist der medizinische Sauerstoff einschließlich der benötigten Flaschen gemäß medizinischer Unterlage, die Anlieferung, Abholung (frei Haus) Installation, Einweisung, Sicherheitsprüfung Gefahrenzuschlag)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

#### 2.2.4.3. Lieferfrist

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Lieferung des Hilfsmittels unverzüglich erfolgt. Nach Auftragserteilung oder nach Eingang der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) erfolgt die Lieferung des Hilfsmittels innerhalb von 24 Stunden. Bei Versorgungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder Rehabilitation ist eine Lieferung taggleich unmittelbar im Anschluss zu gewährleisten.

Ist die Auslieferung innerhalb von 24 Stunden nicht zwingend erforderlich, kann in Abstimmung mit dem Versicherten die Lieferung auch nach Vereinbarung erfolgen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer die Absprache mit dem Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH das Dokument auf Verlangen vorzulegen.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Versicherte für das vertraglich geregelte Hilfsmittel das medizinisch notwendige (Regel-)Zubehör bzw. den Sauerstoff durchgängig unverzüglich erhält.

#### 2.2.4.4. Interimsversorgung

Verzögert sich die Lieferung für ein Hilfsmittel, so stellt der Leistungserbringer dem Versicherten aushilfsweise und ohne weitere Vergütung eine gleichwertige Alternativversorgung bis zur endgültigen Lieferung zur Verfügung (Interimsversorgung).

#### **2.2.4.5. Gebrauchsanweisung**

Bei Lieferung ist dem Versicherten oder dessen Pflegeperson eine schriftliche Gebrauchsanweisung des Hilfsmittels in deutscher Sprache auszuhändigen.

#### **2.2.5. Kontaktdaten des Leistungserbringers**

Die für die Versicherten - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - kostenfreie Telefonnummer ist dem Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme bekanntzugeben. Bei Lieferung des Hilfsmittels informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in schriftlicher Form über seine Kontaktdaten (einschließlich der Service-hotline zu Ziff. 2.2.9.) sowie darüber, dass er während des Versorgungszeitraums für die Versorgung einschließlich erforderlicher Wartungen, sicherheitstechnischer Überprüfungen / Kontrollen und Reparaturen des Hilfsmittels zuständig ist.

#### **2.2.6. Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels**

Der Leistungserbringer weist bei Lieferung „vor Ort“ den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson persönlich in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels ein, informiert über die Risiken der Anwendung von Sauerstoff im häuslichen Bereich (z. B. Vorsichtsmaßnahmen / Rauchverbot etc.) und führt eine Funktionsprüfung durch. Eine erneute Einweisung ist nicht erforderlich, sofern diese für ein baugleiches Hilfsmittel bereits erfolgt und nicht anderweitig gesetzlich vorgeschrieben ist.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson über die sachgerechte Reinigung und Pflege des Hilfsmittels.

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

Ein Nachweis über die Personalqualifikation ist der KKH vom Leistungserbringer nach Vertragsschluss auf Verlangen unverzüglich in geeigneter Form vorzulegen.

#### **2.2.7. Beratung /Nachbetreuung**

Der Leistungserbringer berät soweit erforderlich den Versicherten bzw. die ihn betreuende(n) Person(en) bezüglich des Hilfsmiteleinsatzes und führt die erforderliche Nachbetreuung (insbesondere Klärung ggf. auftretender Fragen des Versicherten, Beratung über die bedarfsgerechte Nutzung des Zubehörs / Verbrauchsmaterialien) durch.

Der Leistungserbringer ist zur Dokumentation der persönlichen Beratungsgespräche vor Ort mittels einer Protokolldokumentation verpflichtet. Der Leistungserbringer hat sich durch Unterschrift des Versicherten die Beratung bestätigen zu lassen. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür Anlage 09: „Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln“ und Anlage 10: „Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden.

Wird ein von der Anlage 09, Anlage 10 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsschluss zur Kenntnis vorzulegen.

#### **1.1.1. Einholung einer Empfangsbestätigung des Versicherten /Lieferdokumentation**

Der Leistungserbringer holt bei Lieferung vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung ein.

Ohne Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers oder Pflegeperson darf eine Auslieferung nicht erfolgen. Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

Der Leistungserbringer dokumentiert die Bereitstellung/ Lieferung des Hilfsmittels sowie die von ihm erbrachten Leistungen nach Ziff. 2.2.6 (Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels) einschließlich Funktionsprüfung auf einer Empfangsbestätigung gemäß Anlage 06: „Empfangsbestätigung Versicherter / Einweisung, Funktionsprüfung“ oder dem Lieferschein und bestätigt dies durch Unterschrift.

Zur Dokumentation und als rechnungsbegründende Unterlage für die Abrechnung ist ein Lieferschein, eine Empfangsbestätigung (auch digitale Unterschrift des Versicherten) oder die Original-Unterschrift des Versicherten als Empfangsbestätigung auf der Rückseite der medizinischen Verordnung ausreichend.

#### **1.1.2. Telefonische Beratung und Auftragsannahme / telefonischer Notdienst**

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung, Erteilung von Auskünften und die Annahme von (Reparatur-) Aufträgen. Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr samstags: 8.00 bis 13.00 Uhr sowie darüber hinaus während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen.

Der Leistungserbringer hat für medizintechnische Notdienste an jedem Tag im Jahr einen 24-Stunden-Notdienst zu gewährleisten. Der Notdienst wird auf Anforderung durch den Arzt, Versicherten oder dessen Pflegepersonal stets sofort tätig. Bei Problemen am Hilfsmittel stellt der Leistungserbringer sicher, dass diese durch telefonische Anleitung oder vor Ort behoben werden. Bei Gerätedefekten muss der Notdienst innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden.

#### **1.1.3. Dokumentation /Erfassung Produktdaten**

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nach Ziff. 2.2.4.1 bis 2.2.4.3. sowie 2.2.14 nachvollziehbar festgehalten werden. Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentationen und übermittelt diese auf Anforderung an die unter Ziff. 7 aufgeführten zuständigen Stellen.

#### **1.1.4. Wartungen und sicherheitstechnische Überprüfungen**

Der Leistungserbringer führt sämtliche erforderliche Wartungen (einschließlich Ersatzteile / Material) sicherheitstechnische Überprüfungen / Kontrollen gemäß Herstellervorgaben am Hilfsmittel und dem von ihm gelieferten Zubehör durch.

#### **1.1.5. Reparaturen im Rahmen der Versorgungspauschale**

Der Leistungserbringer führt im Rahmen der Versorgungspauschale alle erforderlichen Reparaturen an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel nebst von ihm gelieferten Zubehör kostenfrei durch, sofern die Reparaturbedürftigkeit nicht vom Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde.

Der Leistungserbringer erhält Kenntnis von einer Reparaturbedürftigkeit des von ihm zur Versorgung eingesetzten Hilfsmittels entweder unmittelbar durch den Versicherten oder die KKH. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass erforderliche Reparaturen im Regelfall binnen 24 Stunden nach Eingang der Meldung des Reparaturfalls durchgeführt werden.

Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

#### **1.1.6. Ersatzversorgung im Wartungs- / Reparaturfall; Umversorgung bei unwirtschaftlicher Reparatur**

Im Reparatur- und / oder Wartungsfall stellt der Leistungserbringer, sofern die erforderliche Reparatur / Wartung nicht umgehend vor Ort beim Versicherten durchgeführt werden kann, dem Versicherten ein gleichwertig zur Versorgung geeignetes Hilfsmittel für die Dauer der Reparatur / Wartung kostenfrei zur Verfügung. Diese Versorgung muss im Austausch mit dem Hilfsmittel zeitgleich erfolgen.

Die Kosten der Ersatzgestellung, der Abholung des Hilfsmittels beim Versicherten zwecks Reparatur / Wartung und der Rückgabe des Hilfsmittels an den Versicherten nach durchgeführter Reparatur / Wartung sind in der vom Leistungserbringer angebotenen Versorgungspauschale enthalten.

#### **1.1.7. Abholung des Hilfsmittels**

Der Leistungserbringer holt das Hilfsmittel nach Beendigung der Versorgung im Rahmen der Versorgungspauschale beim Versicherten ab und nimmt dieses zurück.

Sollte die KKH ihrerseits Kenntnis davon erlangen, dass ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt wird, z.B. auf Grund eines Todesfalls oder Aufnahme des Versicherten in ein Alten- / Pflegeheim (sofern die Hilfsmittelversorgung durch den Pflegesatz abgegolten ist), informiert sie den Leistungserbringer hiervon unverzüglich.

#### **2.2.15 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäuser bzw. Vertragsärzten**

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und sämtliche darauf basierende kollektivvertraglichen Regelungen, sowie insbesondere § 13 des Rahmenvertrages.

Ziel des § 128 SGB V ist es, unzulässige Zuwendungen zu verhindern und die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten zu wahren. Der § 128 SGB V schützt das Wahlrecht des Patienten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern. Patienten sollen ihre Entscheidungen zur Wahl ihres Leistungserbringers unbeeinflusst treffen können. Somit schützt die Norm auch den freien Wettbewerb, denn es soll vermieden werden, dass sich Leistungserbringer in unzulässiger Weise Wettbewerbsvorteile verschaffen. Nach § 4 Abs. 6 des Rahmenvertrages „Entlassmanagement“ zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. ist die Bevorzugung eines Anbieters nicht statthaft. Der hiesige Rahmenvertrag verpflichtet auch den Hilfsmittelleistungserbringer dazu, keine Kooperationen mit Krankenhäusern einzugehen, die eine unzulässige Bevorzugung im Rahmen des Entlassmanagements bedeuten.

Nachstehend Beispiele unzulässiger Zusammenarbeiten mit Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten:

Beispiel 1:

Der Leistungserbringer führt regelmäßig vorterminierte Sprechstunden im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis mit der Zielstellung durch, Hilfsmittel direkt in der medizinischen Einrichtung abzugeben

Beispiel 2:

Dem Leistungserbringer werden vom Krankenhausbetreiber exklusiv Räumlichkeiten auf dem

Klinikgelände vermietet und im Rahmen des Entlassmanagements wird der Versicherte vom Krankenhaus an den Leistungserbringer verwiesen

Nachstehend Beispiele unzulässiger Zuwendungen an medizinische Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser) bzw. unzulässiger Beteiligungen von medizinischen Einrichtungen und Ärzten:

Beispiel 3:

Die Beteiligung von medizinischen Einrichtungen bzw. Ärzten an Leistungserbringern bzw. mit Leistungserbringern verbundenen Unternehmen mit der Möglichkeit, dass diese Ärzte (bzw. im Falle einer medizinischen Einrichtung die dort angestellte Ärzte) durch ihr Ordnungsverhalten Umsätze des Leistungserbringers oder der gemeinsamen Unternehmung selbst maßgeblich beeinflussen können.

Unzulässig sind deshalb Beteiligungen von Ärzten in Krankenhäusern oder von Krankenhäusern / Krankenhausgesellschaften an Unternehmen von Leistungserbringern, (z.B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern oder Krankenhäuser / Krankenhausgesellschaften dabei durch ihr Ordnungsverhalten finanziell partizipieren können.

Es wird darauf hingewiesen, dass die vorstehenden Beispiele keine abschließende Liste unzulässiger Zusammenarbeit darstellt.

### **3. Zuständige Stelle**

Soweit gemäß dieser Leistungsbeschreibung im Rahmen der Vertragsdurchführung eine Datenübermittlung an die KKH zu erfolgen hat, hat diese an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ genannte Stelle unter Einhaltung der dort geregelten Anforderungen an die Datenübermittlung zu erfolgen.

### **4. Kostenvoranschlag**

Soweit der Leistungserbringer gemäß Leistungsbeschreibung einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.

Anlage 02: "Preisvereinbarung"

1. "Sauerstoffkonzentratoren, stationär"

| Hilfsmittelpositionsnummer      | Hilfsmittel-Bezeichnung / Hilfsmittelproduktart                               | HIMI Kennzeichen | Versorgungspauschale / pro Versicherten in EUR (netto, exkl. MwSt) inkl. (Regel-) Zubehör |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.24.04.0<br>(neu: 14.24.06.0) | Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig<br>Erstpauschale - 6 Monate   | 08               | 130,--                                                                                    |
| 14.24.04.0<br>(neu: 14.24.06.0) | Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig<br>Folgepauschale - 54 Monate | 09               | 450,--                                                                                    |

2. "Sauerstoffkonzentratoren, mobil"

| Hilfsmittelpositionsnummer                   | Hilfsmittel-Bezeichnung / Hilfsmittelproduktart                                    | HIMI Kennzeichen | Versorgungspauschale / pro Versicherten in EUR (netto, exkl. MwSt) inkl. (Regel-) Zubehör |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.24.04.6<br>(neu: 14.24.06.3 / 14.24.06.4) | Sauerstoffkonzentrator, mobil, netzunabhängig;<br>Versorgungspauschale - 12 Monate | 08/09            | 900,--                                                                                    |

3. "Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich"

| Hilfsmittelpositionsnummer                                  | Hilfsmittel-Bezeichnung / Hilfsmittelproduktart                                                                                                                    | HIMI Kennzeichen | Versorgungspauschale / pro Versicherten in EUR (netto, exkl. MwSt) inkl. (Regel-) Zubehör |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.24.04.2 + (14.24.04.0)<br>(neu: 14.24.04.2 / 14.24.04.3) | Druckgasfülleinheiten für den häuslichen Bereich inkl. Sauerstoffkonzentrator (14.24.04.0) sofern für den Betrieb erforderlich<br>Versorgungspauschale - 12 Monate | 08/09            | 550,--                                                                                    |

4. "Sauerstoffdruckgasflaschensysteme"

| Hilfsmittelpositionsnummer                            | Hilfsmittel-Bezeichnung / Hilfsmittelproduktart                                                                             | HIMI Kennzeichen | Versorgungspauschale / pro Versicherten in EUR (netto, exkl. MwSt) inkl. (Regel-) Zubehör |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.24.05.0<br>(neu: 14.24.05.0 / 14.24.05.3)          | Druckminderer für Druckgasflaschen<br>Versorgungspauschale - 60 Monate                                                      | 08               | 120,--                                                                                    |
| 14.24.05.4 / 5 / 7 / 8<br>(neu: unverändert)          | Sauerstoffsparsystem oder Sauerstoffsparsystem inkl. Druckminderer für Druckgasflaschen<br>Versorgungspauschale - 60 Monate | 08               | 320,--                                                                                    |
| 14.99.99.1000 bis 14.99.99.1007<br>(neu: unverändert) | Sauerstoffdruckgasflaschenlieferungen<br>Pauschale pro Flaschenlieferung/Befüllung                                          | 08               | 28,--                                                                                     |

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

### Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel"

Für die vertraglichen Versorgung ist je Hilfsmittel-Nr. (7-Steller) mindestens ein Hilfsmittel zu benennen.

Sofern der vorhandene Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite verwenden

| Bezeichnung                                                                                              | Bezeichnung des angebotenen Hilfsmittels nach Hersteller und Typ                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                          | Produktbezeichnung /-name Hilfsmittel (Typ)                                                                                                                           | Hersteller, 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sauerstoffkonzentrator, stationär, netzabhängig<br>14.24.04.0                                            | EverFlo<br>Compact525<br>Perfecto2<br>Perfecto2V                                                                                                                      | 14.24.04.0056; Philips GmbH<br>14.24.04.0057; DeVilbiss Healthcare GmbH<br>14.24.04.0058; Invacare Medical Equipment<br>14.24.04.0061; Invacare Medical Equipment                                                                                                                                       |
| Sauerstoffkonzentrator, mobil, netzunabhängig<br>14.24.04.6                                              | Eclipse 5<br>iGo<br>Inogen One G2<br>Inogen One G3<br>simplyGo Mini mit Standard Akku<br>SimplyGo Mini mit erweitertem Akku<br>Zen-O<br>Platinum Mobile<br>Zen-O Lite | 14.24.04.6002; Chart<br>14.24.04.6003; DeVilbiss Healthcare GmbH<br>14.24.04.6006; Inogen Europe B.V.<br>14.24.04.6007; Inogen Europe B.V.<br>14.24.04.6009; Philips Respironics<br>14.24.04.6010; Philips Respironics<br>14.24.04.6011; GCE GmbH<br>14.24.04.6012; Invacare<br>14.24.04.6013; GCE GmbH |
| Druckgasströmweiten für den häuslichen Bereich<br>14.24.04.2 oder 14.24.04.2 + 14.24.04.0                | Homefill II<br>iFill                                                                                                                                                  | 14.24.04.2002; Invacare GmbH<br>14.24.04.2003; Devilbiss                                                                                                                                                                                                                                                |
| Druckminderer für Druckgasflaschen<br>14.24.05.0                                                         | AEROWAY Fast 15<br>AEROWAY Fast 5<br>AEROWAY Fast 1<br>MediSelect II                                                                                                  | 14.24.05.0007; HUM<br>14.24.05.0008; HUM<br>14.24.05.0010; HUM<br>14.24.05.0023; GCE GmbH                                                                                                                                                                                                               |
| Sauerstoffsparsystem/Sauerstoffsparsystem inkl. Druckminderer<br>14.24.05.7 oder 14.24.05.4 + 14.24.05.0 | ECOlite 4000<br>OXYTRON 4<br><br>PD1000<br>PRÉCISE 3010<br><br>CYPRESS<br>EASY PULSE 5<br>Bonsai                                                                      | 14.24.05.4010; GCE GmbH<br>14.24.05.4014; Weinmann GmbH + Co. KG<br><br>14.24.05.7001; Sunrise Medical GmbH & Co. KG<br>14.24.05.7003; medicap homecare GmbH<br><br>14.24.05.8002; Weinmann GmbH + Co. KG<br>14.24.05.8003; Precision Medical Inc<br>14.24.05.8005; DeVilbiss Healthcare GmbH           |
| Sauerstoff-Druckgasflaschen<br>14.99.99.1000 bis 14.99.99.1007                                           | keine Angaben erforderlich!                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

## **Anlage 04: „Abrechnungsregelung“**

### **Abrechnungsmodalitäten**

#### **Grundsätzliches**

Für die Abrechnung gelten die Regelungen des § 9 des Rahmenvertrages. Die Abrechnung erfolgt darüber hinaus nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

#### **Rechungslegung/Abrechnungsregelung**

(1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- *Abrechnungsdaten,*
- *Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),*
- *Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung)*
- *Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich)*
- *Urbelege, wie Verordnungsblätter*
- *Lieferschein*
- *Angabe der Verwaltungsnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen*

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

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

(4) Die Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V regelt im Kapitel 2 (Teilnahmeverfahren/Voraussetzungen), dass die Einzelheiten zur Durchführung der Datenübermittlung rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung abzustimmen sind. Für die KKH gilt, dass die Anmeldung zum Datenaustauschverfahren bei der jeweils aktuellen Beleg- und Datenannahmestelle erfolgen muss. Die Kontaktdaten der aktuellen Beleg- und Datenannahmestelle ergibt sich aus dem amtlichen Kostenträgerverzeichnis oder der Informationsbroschüre des GKV-Spitzenverbandes <https://www.gkv->

[datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige\\_leistungserbringer/sonstige\\_leistungserbringer.jsp](http://datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp)

- (5) Vor der erstmaligen Durchführung oder vor Änderung des Datenaustauschverfahrens ist die ordnungsgemäße Verarbeitung zwischen Absender und Empfänger zu erproben. Für die KKH führt die jeweils gültige Beleg- und Datenannahmestelle das nachstehend beschriebene Erprobungsverfahren durch. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
- (6) Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.
- (7) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.
- (8) Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. [www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de)).
- (9) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege/ Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (10) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.
- (11) Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.
- (12) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.
- (13) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

(14) Der Leistungserbringer trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

1. IK des Leistungserbringer (§ 1),
2. vereinbarte 10-stellige Abrechnungspositionsnummer sowie Menge der abgegebenen Leistung,
3. Rechnungs- und Belegnummer,
4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Versorgungsvorschlags).

(15) Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden:

Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen, auf dem Codierblatt sind die o. g. Angaben vollständig aufzutragen, die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge

Codierblatt,

Verordnung und

ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

anzuliefern und die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden. Andere Vorschriften für die Übermittlung der Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung, werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der Unterlagen nicht erfüllt, kann die Rechnung von der KKH zurückgewiesen werden.

(16) Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Leistungserbringern insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.

(17) Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Abrechnungspositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.

(18) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von der KKH benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der KKH. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
  - Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
  - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- (19) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (20) 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.
- (21) 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.
- (22) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (23) 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.
- (24) 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.
- (25) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen.

## **Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jede zugelassene Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH verwendet.
- (2) Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vorzunehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.
- (3) Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.
- (4) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1800 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.
- (5) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die KKH oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (6) Das gegenüber der KKH verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
- (7) Das IK des Zugelassenen ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH abgewiesen.
- (8) Die unter dem gegenüber der KKH verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

## Anlage 05: „Datenübermittlung“

|                                                                              |          |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. Elektronischer Datenaustausch .....</b>                                | <b>1</b> |
| <b>1.1 Auftrag.....</b>                                                      | <b>2</b> |
| <b>1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten .....</b>                    | <b>2</b> |
| <b>1.3 Nachrichten .....</b>                                                 | <b>2</b> |
| <b>1.4 Lieferbestätigung.....</b>                                            | <b>2</b> |
| <b>1.5 Rückholbestätigung .....</b>                                          | <b>2</b> |
| <b>2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA) .....</b>              | <b>3</b> |
| <b>3. Zuständige Stellen für Rückfragen .....</b>                            | <b>4</b> |
| <b>4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen .....</b> | <b>4</b> |

### 1. Elektronischer Datenaustausch

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](mailto:support@medicomp.de)  
 Internet: [www.medicomp.de](http://www.medicomp.de)

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags 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 Kostenvoranschlags, Anpassung/Reparatur/sicherheitstechnische Kontrolle/Wartung/Rückholung eines Hilfsmittels,
- Versand des Kostenvoranschlags,
- 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 (Postleitzahl) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigelegte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieser Anlage.

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, auf Grundlage einer Verordnung einen Kostenvoranschlag/Angebot zu erstellen, eine Anpassung/Reparatur/Sicherheitstechnische Kontrolle oder Wartung vorzunehmen.

### **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**

n.n.

### **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 gültigem ICD-10-Verzeichnis oder Angabe der Diagnose (im Langtext) gemäß Verordnung,
- die vertragsärztliche Verordnung in Kopie,
- Im Kostenvoranschlag ist der festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS) anzugeben.

### 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](mailto: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](mailto: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 |

| 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 |

| von   | bis   | HMZ    |
|-------|-------|--------|
| 68789 | 68809 | Gera   |
| 69115 | 69123 | Bremen |
| 69124 |       | Gera   |
| 69126 | 69151 | Bremen |
| 69168 | 69190 | Gera   |
| 69198 |       | Bremen |
| 69207 |       | Gera   |
| 69214 | 69221 | Bremen |
| 69226 | 69234 | Gera   |
| 69239 |       | Bremen |
| 69242 |       | Gera   |
| 69245 | 69253 | Bremen |
| 69254 |       | Gera   |
| 69256 | 69518 | Bremen |
| 70173 | 71409 | Gera   |
| 71522 | 71579 | Bremen |
| 71634 | 71642 | Gera   |
| 71665 | 71672 | Bremen |
| 71679 | 71701 | Gera   |
| 71706 | 71739 | Bremen |
| 72070 | 73349 | Gera   |
| 73430 | 73579 | Bremen |
| 73614 | 73630 | Gera   |
| 73635 | 73642 | Bremen |
| 73650 | 73666 | Gera   |
| 73667 |       | Bremen |
| 73669 | 73779 | Gera   |
| 74072 | 74939 | Bremen |
| 75015 |       | Gera   |
| 75031 | 75038 | Bremen |

| von   | bis   | HMZ    |
|-------|-------|--------|
| 91560 | 91564 | Gera   |
| 91567 | 91572 | Bremen |
| 91575 |       | Gera   |
| 91578 |       | Bremen |
| 91580 |       | Gera   |
| 91583 | 91589 | Bremen |
| 91590 |       | Gera   |
| 91592 | 91620 | Bremen |
| 91622 |       | Gera   |
| 91623 | 91628 | Bremen |
| 91629 |       | Gera   |
| 91631 | 91632 | Bremen |
| 91634 |       | Gera   |
| 91635 | 91637 | Bremen |
| 91639 | 96149 | Gera   |
| 96151 |       | Bremen |
| 96152 | 96158 | Gera   |
| 96160 |       | Bremen |
| 96161 | 96529 | Gera   |
| 97070 | 97999 | Bremen |
| 98527 | 99752 | Gera   |
| 99755 |       | Bremen |
| 99759 |       | Gera   |
| 99762 |       | Bremen |
| 99765 |       | Gera   |
| 99768 |       | Bremen |
| 99817 | 99819 | Gera   |
| 99826 | 99837 | Bremen |
| 99842 | 99998 | Gera   |
|       |       |        |

**Anlage 06: „Empfangsbestätigung Versicherter / Einweisung / Funktionsprüfung“**

Versicherten-Nr.: .....

Datum.....

**Empfangsbestätigung und Bestätigung der Einweisung, Funktionsprüfung**

Herr/Frau.....

Geburtsdatum: .....

hat am .....

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

der KKH

folgendes Hilfsmittel:.....

Hersteller:.....

Hilfsmittelpositionsnummer: .....

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

Vereinbarung:

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

Der/die Versicherte verpflichtet sich

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

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

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

....., den.....

.....  
Unterschrift Versicherter<sup>1</sup>

oder Unterschrift von, sofern durch den Versicherten nicht möglich:

....., den.....

.....  
Unterschrift gesetzlicher Betreuer/in

oder Unterschrift von:

....., den.....

.....  
Unterschrift Pflegeperson

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

Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels, der Pflege und Reinigung. Ziel der Einweisung ist, dass der Versicherte in den Stand versetzt wird, das betreffende Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu beherrschen.

Der Vertragspartner hat sich davon überzeugt, dass der Versicherte bzw. die Betreuungsperson das Produkt sachgerecht anwenden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel Lieferant

---

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

**Anlage 07: „Muster Rezeptauftrag“****Einverständniserklärung****Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: KKH – Kaufmännische Krankenkasse Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Hiermit versichere ich, dass ich mit den mir verordneten Versorgungsmaterialien / Hilfsmitteln durch den folgenden Leistungserbringer versorgt werden möchte:

**Leistungserbringer**

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

**Rezeptauftrag**

Hiermit willige ich ein, dass ärztliche Verordnungen / Rezepte über Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V sowie Pflegehilfsmittel gemäß § 40 SGB XI an den o.g. Leistungserbringer ausgehändigt werden dürfen, um den Therapieerfolg und eine optimierte Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt / meine Ärztin die auf mich ausgestellten ärztlichen Verordnungen / Rezepte (Muster 16) direkt an die Mitarbeiter der o.g. Firma persönlich oder postalisch weitergeben.

**Daten des behandelnden Arztes**

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Die Klärung der Kostenübernahme wird von der o.g. Firma übernommen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters

## Anlage 08: „Muster Besuchsprotokoll Sauerstoffversorgung“

### Besuchsprotokoll Sauerstoffversorgung

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

#### Allgemeine Informationen

Besuchsanlass: ☐ Routinetermin, ☐ auf Anforderung,  
weil: \_\_\_\_\_

#### Versorgung des Patienten

☐ Pat. versorgt sich selbst ☐ im „Arbeitgebermodell“ ☐ durch Pflegedienst ☐ durch Laienkräfte (Partner / Andere,  
z.B. Angehörige)

#### Angaben zum Sauerstoffsystm

Produktbezeichnung: \_\_\_\_\_

Stationärer Sauerstoffkonzentrator: ☐ ja ☐ nein

Mobiler Sauerstoffkonzentrator: ☐ ja ☐ nein

Sauerstoff-Druckgasflaschensystem: ☐ ja ☐ nein

Sauerstoffzufuhr: ☐ kontinuierlich ☐ Atemzugsteuerung („Demand-System“)

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

#### Sonstige Versorgungssituation

Inhalation: ☐ ja ☐ nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Beratungs- und Dienstleistungen

☐ Versorgungsmöglichkeiten ☐ Handhabung in den Gebrauch /Produkteinweisung ☐ Nutzungsdauer

☐ Produktbezeichnung(en): \_\_\_\_\_

☐ Wartung inkl. STK ☐ Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)

☐ Reparatur

☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Materialumstellung

☐ ja, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift MA Auftragnehmer

Ich bestätige, einen Durchschlag dieses Protokolls erhalten zu haben:

Mir ist bekannt, dass der Vertragspartner der KKH auf Anforderung der KKH, dieses Dokument der KKH vorzulegen hat (§ 172 Abs. 5 a SGB V).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r<sup>1</sup>

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

**Anlage 09: „Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln“****Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V  
Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

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

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r\*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

**Anlage 10: „Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln“****Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V  
Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit  
Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

\_\_\_\_\_

Versicherte/r:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname\_\_\_\_\_  
Versichertennummer oder Geburtsdatum\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ja ☐Nein ☐\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r\*\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

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

## Anlage 11: „Bedarfsermittlung zur Sauerstoffversorgung“

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

### Verordnete(n) Hilfsmittel:

### vorhandene Versorgung:

- ☐ Stationärer Sauerstoffkonzentrator
- ☐ Flaschensysteme
- ☐ Flüssigsauerstoff
- ☐ Sonstige \_\_\_\_\_
- ☐ Mobiler Sauerstoffkonzentrator
- ☐ Heimfüllanlage

### Wohnsituation:

- ☐ Einfamilienhaus
- ☐ Fahrstuhl
- ☐ Garten
- ☐ Rollator
- ☐ Etage \_\_\_\_\_
- ☐ zu steigende Treppen \_\_\_\_\_
- ☐ andere: \_\_\_\_\_
- ☐ Rollstuhl

### Mobilität:

Tägliche Mobilität gesamt \_\_\_\_\_ h / ☐ nicht mobil  
 Tägliche Mobilität außerhalb der Wohnung \_\_\_\_\_ h  
 Nur bei Folgeversorgung: Nutzung des mobilen Gerätes außer Haus? \_\_\_\_\_ h/ je Tag

### Traglast

Mögliche tragbare Last: \_\_\_\_\_ kg

Kann ein Demandsystem verwendet werden?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Der Patient wurde auf Demandfähigkeit (Sparsystem) getestet

- ☐ Ja
- ☐ Nein, warum erfolgte keine Testung? \_\_\_\_\_

Wurde die ausgewählte Versorgung beim Versicherten getestet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, warum erfolgte keine Testung? \_\_\_\_\_

### Sauerstoffbedarf:

|           |       |                   |       |
|-----------|-------|-------------------|-------|
| im Schlaf | l/min | Therapiezeit/ Tag | h     |
| in Ruhe   | l/min | bei Belastung     | l/min |

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Leistungserbringer oder Arzt, Stempel