KKH Kaufmännische Krankenkasse

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.12.2019 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15 nach Hilfsmittelverzeichnis) und Krankenunterlagen (Produktgruppe 19 nach Hilfsmittelverzeichnis) geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigefügte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt[1] 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

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

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

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 Herrn Sauer
(E-Mail: frank.sauer@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3117) oder an Herrn Behre
(E-Mail: holger.behre@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3336) aus dem Referat Hilfsmittel.

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

Absender:

_____

_____

_____

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
(Beitrittsvertrag A bundesweit)

Hier: **Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Lieferung von aufsaugenden Inkontinenzhilfen und Krankenunterlagen**

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 aufsaugenden Inkontinenzhilfen und Krankenunterlagen, nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

KKH Kaufmännische Krankenkasse

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

Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen und Krankenunterlagen

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 XXX

Leistungserbringer/Verband

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 beigefügt.

   Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V).

Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

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 bundesweite Versorgung der Versicherten 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 versandkostenfreie Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel in neutralen Verpackungen.

☐ Das Angebot einer Auswahlmöglichkeit für den Versicherten über eine Mehrzahl an Logistikunternehmen, durch welche die Auslieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel erfolgen kann.

☐ Das Angebot eines Sendungsverfolgungssystem zur Nachverfolgung des aktuellen Aufenthaltsortes der Lieferung durch den Versicherten.

☐ Die Sicherstellung der Belieferung des Versicherten bei einer erstmaligen Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln innerhalb von 48 Stunden nach Auftragserteilung bzw. Kostenübernahmeerklärung durch die KKH.

☐ Die Bereitstellung einer kostenfreien Servicehotline, die zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Servicezeiten in ausreichendem Umfang besetzt ist. Wir verpflichten uns, während der Vertragslaufzeit, 80% der (vertragsbezogen) eingehenden Anrufe in einem Zeitraum von höchsten 20 Sekunden anzunehmen und dies der KKH auf Verlangen nachzuweisen. Wir erklären hiermit, dass die von uns verwendete Telefonanlage die technischen Voraussetzungen zur Einhaltung dieser Vorgaben erfüllt.

<u>Nachweis</u>
Angaben zur verwendeten Telefonanlage:

Produktbezeichnung: _____
[Angabe erforderlich]

Artikelnummer: _____
[Angabe erforderlich]

Hersteller: _____
[Angabe erforderlich]

☐ Die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit unter einer kostenfreien Servicehotline durch geschulte Fachkräfte werktags (Montag bis Freitag) von 8.00 bis 18.00 Uhr, Samstag von 8.00 bis 13.00 Uhr.

Nachweis
Kostenfreie Servicehotline: _____
[Angabe erforderlich]

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

Nachweis
Link zum Online-Kontaktformular: _____
[Angabe erforderlich]

☐ Die Bereitstellung eines Live-Chats auf unserer Unternehmenswebsite.

Nachweis
Link zum Live-Chat: _____
[Angabe erforderlich]

☐ Im Rahmen des Beratungsgespräches hat der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten zu ermitteln. Die Beratung ist kostenfrei. Auf Wunsch der Versicherte ist eine gleichgeschlechtliche Beratung möglich.

☐ 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]*

☐ Es ist entweder dasselbe Produktportfolio vorzuhalten und den Versicherten anzubieten oder je vertraglicher Produktart (7-Steller) mindestens ein Hilfsmittel in der Anlage 03 „Produktportfolio“ zu benennen.

Nachweis
Ausgefüllte Anlage 03: „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

☐ Die Beschäftigung von staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegern/innen oder von staatlich anerkannten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/-innen oder staatlich anerkannten Altenpflegern/-innen mit dreijähriger Ausbildungszeit und mindestens dreijähriger berufspraktischen Erfahrungszeit oder Mitarbeiter/in mit abgeschlossener Fortbildung zum Medizinprodukteberater Inkontinenzartikel und mindestens dreijähriger berufspraktischer Erfahrungszeit im Bereich der Versorgung mit Inkontinenzartikeln im Sinne dieses Vertrages.

Nachweis
Anzahl: ____ Fachkräfte
Ausbildungsnachweise *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

KKH Kaufmännische Krankenkasse

☐ 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

(Rahmen-) Vertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Lieferung von aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15 nach Hilfsmittelverzeichnis) und Krankenunterlagen (Produktgruppe 19 nach Hilfsmittelverzeichnis) in die Häuslichkeit des Versicherten

zwischen

- nachfolgend Leistungserbringer -

und

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

- nachfolgend KKH -.

LEGS:

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.

Diesem 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 KHH.

§ 1 Gegenstand

Gegenstand des Rahmenvertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15) und Krankenunterlagen (Produkgruppe 19) in die Häuslichkeit des Versicherten einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen, wie z. B. Bedarfsfeststellung, Einweisung/Beratung des Versicherten, Lieferung/Nachlieferung und Retourenbearbeitung sowie Sicherstellung einer telefonischen Auftragsannahme auf der Basis monatlicher Versorgungspauschalen.

Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung im Antragsverfahren nach § 6 dieses Rahmenvertrages. Maßgebend für den Leistungsumfang/die Leistungsanforderungen ist neben diesem Vertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

Die Hilfsmittel, die Gegenstand der Versorgungen sind, sind abschließend beschrieben. Der Vertrag erfasst die folgenden Produktuntergruppen gemäß Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V:

Inkontinenzhilfen

Produktgruppe: 15 Inkontinenzhilfen

Anwendungsorte: 25 Harn-/Stuhlinkontinenz

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

- 15.25.02.0 Netzhosen, Größe 1
- 15.25.02.1 Netzhosen, Größe 2
- 15.25.30.0 Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung
- 15.25.30.1 Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung
- 15.25.30.2 Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung

- 15.25.30.3 Rechteckvorlagen, normale Saugleistung
- 15.25.30.4 Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung
- 15.25.30.5 Vorlagen für Urininkontinenz
- 15.25.30.6 Wiederverwendbare Vorlagen
- 15.25.31.0 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1
- 15.25.31.1 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2
- 15.25.31.2 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3
- 15.25.31.3 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1
- 15.25.31.4 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
- 15.25.31.5 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3
- 15.25.31.6 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1
- 15.25.31.7 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2
- 15.25.31.8 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3
- 15.25.32.0 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, normale Saugleistung
- 15.25.32.1 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, erhöhte Saugleistung
- 15.25.32.2 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, hohe Saugleistung

Krankenpflegeartikel

Produktgruppe: 19 Krankenpflegeartikel

Anwendungsorte: 40 Häuslicher Bereich

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

- 19.40.05.0 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,4 x 0,6 m
- 19.40.05.1 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,6 m
- 19.40.05.2 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,9 m
- 19.40.05.3 Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,4 x 0,6 m
- 19.40.05.4 Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,6 m
- 19.40.05.5 Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,9 m

Von diesem Vertrag ausgenommen sind Individualversorgungen (Versorgungen von Versicherten mit einem Bauchumfang < 50 cm).

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen

  Anlage 01 Leistungsbeschreibung
  Anlage 02 Preisvereinbarung

Anlage 03 Produktportfolio
Anlage 04 Abrechnungsregelung
Anlage 05 Datenübermittlung

§ 3 Geltungsbereich

(1) Der Vertrag 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.

(2) Dieser Rahmenvertrag gilt für alle vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur Versorgung von aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15) und Krankenunterlagen (Produkgruppe 19), 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) Vor Vertragsbeginn genehmigte Versorgungen 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 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. Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte). 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) 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.

(5) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Versorgung inkl. Beratung gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ durchzuführen, sind vorzuhalten.

(6) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.

(7) 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.

(8) 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 der Krankenkassen hinzuziehen.

Die KKH kann die medizinische Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung überprüfen. Mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird der KKH den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Einzelfall beauftragen. Die KKH kann durch den MDK beratend prüfen lassen, ob das Produkt / die Menge medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes / notwendige Menge trifft auf der Basis des MDK-Gutachtens die KKH.
Besteht die medizinische Notwendigkeit für die vertragsgegenständliche Hilfsmittelversorgung im Einzelfall nicht bzw. nicht mehr, kann die KKH die erteilte Genehmigung widerrufen. Der Leistungserbringer hat in dem Einzelfall einen Anspruch auf Vergütung längstens bis Ablauf des Kalendermonats, in dem die KKH den Leistungserbringer über den Wegfall der medizinischen Notwendigkeit informiert hat.

(9) Die KKH ist berechtigt, die Einhaltung der vertraglichen Regelungen mit Hilfe von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der KKH auf Verlangen die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Beispiel:
Lieferscheine mit Angabe der gelieferten Hilfsmittel im Rahmen einer Stichprobe.
Eine Einverständniserklärung des Versicherten ist nicht erforderlich.

§ 5 Auswahl des Hilfsmittels

(1) Die Auswahl des Hilfsmittels hat entsprechend der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erfolgen. Der Leistungserbringer sorgt während der gesamten Vertragslaufzeit für

eine Lieferfähigkeit mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln. Lieferunfähigkeiten sind der KKH unverzüglich anzuzeigen.

(2) Hat der Arzt die Versorgung mit einem speziellen Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer o. bezeichnet durch bestimmte Konstruktionsmerkmale, die nur ein bestimmtes Produkt aufweist) verordnet, welches der Leistungserbringer durch Benennung in der Anlage 03:"Produktportfolio" verbindlich angeboten hat, ist der Leistungserbringer zur Versorgung mit diesem Produkt verpflichtet. Hat der Arzt kein konkretes Einzelprodukt verordnet, hat der Leistungserbringer dem Versicherten innerhalb der verordneten Produktart ein freies Wahlrecht zwischen den einzelnen Produkten seines Produktportfolios einzuräumen. Das Produktportfolio hat dabei mindestens die Produkte zu enthalten, die der Leistungserbringer durch Benennung in der Anlage 03:"Produktportfolio" verbindlich angeboten hat. 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 Arzt die Versorgung mit einem speziellen Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10stellige Positionsnummer o. bezeichnet durch bestimmte Konstruktionsmerkmale, die nur ein bestimmtes Produkt aufweist) verordnet, welches der Leistungserbringer nicht durch Benennung in der Anlage 03: "Produktportfolio" oder durch nachträgliche Aufnahme in sein Produktportfolio verbindlich angeboten hat, ist der Leistungserbringer nicht zur Lieferung verpflichtet. Er hat in diesem Fall die KKH unverzüglich darüber zu unterrichten, dass der verordnete 10-steller nicht bedient werden kann. Die KKH wird den Versicherten über bestehende Versorgungsmöglichkeiten aufklären.

§ 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 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.

(4) Die KKH hat das Recht, während der Vertragslaufzeit Genehmigungsfreigrenzen zu ändern oder neu zu definieren, oder die Genehmigungspflicht in eine Genehmigungsfreiheit umzustellen. Dies gilt auch im umgekehrten Fall. Diesbezügliche Änderungen werden spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer angekündigt.

§ 7 Versorgung

(1) Die Leistungserbringung / Durchführung der Versorgung erfolgt gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

(2) Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist jederzeit möglich. Es gilt Ziff. 2.1.1. der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

(3) 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“.

(4) 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 Anforderungen gemäß Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen

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

(1) Der Leistungserbringer bietet die Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel frei Haus sowie in neutralen Verpackungen an.

(2) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten eine Auswahlmöglichkeit an, wie bzw. mit welchem Logistikunternehmen die Auslieferung erfolgen soll (Beispiele von Logistikern: eigene Auslieferung, DHL, UPS, Hermes usw.).

(3) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten ein Sendungsverfolgungssystem an (z.B. in Kooperation mit DHL). Die Sendungsverfolgung dient dazu, das Informationsbedürfnis von Versicherten über den aktuellen Aufenthaltsort einer Lieferung zu befriedigen. Für den Logistikdienstleister dient die Sendungsverfolgung zum Schutz vor Diebstahl und Schwund, zum anderen aber auch zur Verfolgung der Sendung während des Transportes. So können Übergaben der Sendungen an Beteiligte der Logistikkette überwacht und Zustellungsfehler somit vermieden werden.

(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 höchsten 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 2.1.6 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) Der Leistungserbringer bietet als weitere Kontaktmöglichkeit einen Live-Chat für den Versicherten auf seiner Website an (z. B. Chat- bzw. Video-Beratung).

(8) Im Rahmen des Beratungsgespräches hat der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten zu ermitteln. Die Beratung ist kostenfrei. Wünscht der Versicherte ausdrücklich eine gleichgeschlechtliche Beratung, ist diese zu ermöglichen.

(9) 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.

(10) nicht besetzt.

§ 8 Vergütung

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

(2) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich bezüglich des Preises nach Anlage 02: „Preisvereinbarung“. Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche Mwst.-Satz.

(3) 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 besteht nur, wenn alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

(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 zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, höchsten 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.

(5) Sofern ein Versorgungs-/Genehmigungszeitraum planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer verpflichtet, diese Leistung gem. Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erbringen.

(6) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden.
Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich schriftlich gefordert hat. Für den Fall einer solchen Versorgung hat der Leistungserbringer die KKH im Rahmen des Kostenvoranschlages (KVA), spätestens jedoch bei Rechnungslegung, über die Art und den Umfang der besonderen Versorgung zu unterrichten.
Der Leistungserbringer hat den Versicherten vorher schriftlich zu informieren, dass die KKH die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt und die Aufklärung in geeigneter Form zu dokumentieren. Auf Verlangen der KKH hat der Leistungserbringer die Anforderung der Mehrleistung und die Vornahme der Aufklärung über die Kostenpflichtigkeit nachzuweisen.

(7) Mit der Zahlung der vereinbarten Versorgungspauschale sind alle nach diesem Rahmenvertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.

§ 9 Abrechnungsregelung

(1) Die Abgabe und Abrechnung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im Rahmen der Erstversorgung 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 Hilfsmittel sind dann abrechenbar, wenn der Versicherte versorgt und soweit erforderlich in die Handhabung der Hilfsmittel eingewiesen wurde.

(2) Die Abrechnung der Monatspauschale (Hilfsmittelkennzeichen – „08“ oder „09“) erfolgt je Versicherten einmal monatlich je Kalendermonat nach Ablauf des Versorgungsmonats. Die Abrechnung erfolgt auch dann nach Ablauf des Versorgungszeitraumes, wenn die Lieferung für einen Versorgungszeitraum von mehr als einem Monat (max. 90 Tage) erfolgte.

(3) Nimmt der Leistungserbringer bereits im Vorwege eine Belieferung für mehrere Monate (unter Beachtung der Ziff. 2.1.2.3 der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“) vor und erfolgt die Abrechnung monatlich, ist der Lieferschein (Original) bei der Abrechnung für den ersten Monat (Ausliefermonat) beizufügen. Aus dem Lieferschein muss der Versorgungszeitraum ersichtlich sein. Für die weitere Abrechnung (Folgemonate) ist eine Kopie des Lieferscheins beizufügen.

Ein Versorgungszeitraum, der in der Zukunft liegt (Vorausabrechnung), kann nicht abgerechnet werden.

Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Erstvergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 08)

- medizinische Unterlage
- Empfangsbestätigung des Versicherten (Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL) und die Angabe der Versendungsnummer etc.) zulässig

Folgevergütung (Hilfsmittelkennzeichen - 09)
- Empfangsbestätigung des Versicherten (Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL) und die Angabe der Versendungsnummer etc.) zulässig

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

- 7-stelliger Schlüssel "Leistungserbringergruppe"
- Genehmigungsnummer (bei Erstversorgung/-vergütung)
- Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer)
- Hilfsmittelkennzeichen
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Einzelbetrag (netto) je Leistung
- Gesamtpreis (brutto)
- Anzahl der zuzahlungspflichtigen Monate
- Zuzahlung

(4) 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.

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

§ 10 Statistiken

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nachstehende Statistikdaten 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 bundesweiten Versorgungsfälle an die KKH mit folgenden Daten:

- Abrechnungspositionsnummer
- Anzahl der Versorgungsmonate je Versicherten
- Liefermenge je 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (je Kalenderjahr)

- Auflistung der abgegebenen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern (je Kalenderjahr)

§ 11 Haftung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit und die fristgerechte Auslieferung der Hilfsmittel.

(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 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 Rahmenvertrages 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.

§ 13 Datenschutz

(1) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz.

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

§ 14 Maßnahmen bei 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 Rahmenvertrag 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 Versorgungsauftrag durch die KKH ebenfalls entzogen werden. Bei Auftragsentzug hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen. Abs. 2 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung zu begleichen. Es gelten im Übrigen die Bestimmungen der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

(3) Hält der Leistungserbringer die in der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ definierten Lieferfristen nicht ein, so verwirkt er eine Vertragsstrafe, es sei denn, er hat der KKH innerhalb dieser Frist mitgeteilt, dass der Versicherte nicht erreichbar ist oder er kann durch Vorlage der unter Nr. 2.1.8. der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ genannten Dokumentation einen abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachweisen. Eine Vertragsstrafe nach Satz 1 wird auch dann nicht verwirkt, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass ihn in Bezug auf die nicht fristgerechte Versorgung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft (etwa weil der Versicherte die rechtzeitig erfolgte Lieferung nicht angenommen hat).

(4) Eine Vertragsstrafe im Sinne des vorstehenden Absatzes kann während der Laufzeit des Vertrages mehrfach verwirkt werden. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe vereinbaren die Parteien 200,00 EUR je festgestelltem Fall. Die Summe aller Vertragsstrafen, die innerhalb eines Kalenderjahres verwirkt werden können, ist begrenzt auf maximal 5 % des Jahresumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag in dem Kalenderjahr erzielt. Gemessen an der Höchstgrenze zu viel gezahlte Vertragsstrafen werden nach Ablauf des Kalenderjahres von der KKH unverzüglich erstattet.

(5) Kommt es entgegen § 5 Abs. 1 innerhalb von 3 Monaten zu einer Lieferunfähigkeit für eines der angebotenen Hilfsmittel für einen Zeitraum von insgesamt 14 Werktagen (Montag bis Samstag, mit Ausnahme der gesetzlichen, bundeseinheitlichen Feiertage), verwirkt der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass ihn in Bezug auf die Lieferunfähigkeit oder in Bezug auf deren nicht rechtzeitige Behebung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft (bspw. weil der Hersteller den Vertrieb des jeweiligen Produkts eingestellt hat oder der Großhandel vollständig lieferunfähig ist). Zur Bestimmung des Zeitraums nach Satz 1 werden die Zeiten einzelner Lieferunfähigkeiten auf Grundlage der Meldungen des Leistungserbringers nach § 5 Abs. 1 dieses Vertrages addiert. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe nach Satz 1 vereinbaren die Parteien 200,00 EUR. Im Übrigen gilt Abs. 4 Satz 3 und 4.

§ 15 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten

(1) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Hilfsmittel/Leistungen, ist nicht zulässig.

(2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen einzurichten. Der Leistungserbringer darf nur Leistungen abrechnen, die er selbst persönlich 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 Leistungen für niedergelassene Ärzte oder stationäre Einrichtungen, die im System der GKV nicht dem Hilfsmittelleistungserbringer, sondern dem niedergelassen Arzt oder der stationären Einrichtung obliegen).

(5) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten 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.

(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.

(9) Es gelten auch im Übrigen 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 7 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 14 dar.

§ 16 Insolvenz des Leistungserbringers

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

(2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der KKH unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die KKH zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und / oder in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 17 Abtretung

(1) Die Abtretung von Ansprüchen aus diesem Vertrag bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der anderen Vertragspartei.

§ 18 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.12.2019 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 aufsaugenden Inkontinenzhilfen und Krankenunterlagen 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 Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für diese Bestimmung.

§ 21 Salvatorische Klausel

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

Anlage 01: "Leistungsbeschreibung"

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Rahmenvertrages ist die aufzahlungsfreie Lieferung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15 nach Hilfsmittelverzeichnis)/Krankenunterlagen (Produktgruppe 19 nach Hilfsmittelverzeichnis) in die Häuslichkeit des Versicherten.

Mit umfasst sind alle im Zusammenhang damit erforderlichen und aufgeführten Leistungen, wie z.B. Bedarfsfeststellung, Einweisung / Beratung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen, Bemusterung/Erprobung, Lieferung, Nachlieferung und Retourenbearbeitung sowie eine telefonische Beratung und Auftragsannahme auf der Basis monatlicher Versorgungspauschalen.

Einzelheiten ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung und dem Rahmenvertrag.

Von diesem Vertrag ausgenommen sind Individualversorgungen (Versorgungen von Versicherten mit einem Bauchumfang < 50 cm).

1.1 Vertragsgegenständliche Hilfsmittel

Im Einzelnen versorgt der Leistungserbringer die Versicherten der KKH während der Vertragslaufzeit im Rahmen einer monatlichen Versorgungspauschale mit den von ihm angebotenen, nachstehend anhand Produktgruppe, Anwendungsort und der jeweils maßgebenden Produktuntergruppe (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.) gemäß GKV-Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V bezeichneten Hilfsmitteln (siehe Anlage 03: „Produktportfolio").

Vertragsgegenstand ist die Lieferung der Hilfsmittel einschließlich aller damit in Zusammenhang stehender Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung.

Inkontinenzhilfen

Produktgruppe: 15 Inkontinenzhilfen

Anwendungsorte: 25 Harn-/Stuhlinkontinenz

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

- 15.25.02.0 Netzhosen, Größe 1
- 15.25.02.1 Netzhosen, Größe 2
- 15.25.30.0 Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung
- 15.25.30.1 Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung
- 15.25.30.2 Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung
- 15.25.30.3 Rechteckvorlagen, normale Saugleistung
- 15.25.30.4 Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung
- 15.25.30.5 Vorlagen für Urininkontinenz
- 15.25.30.6 Wiederverwendbare Vorlagen
- 15.25.31.0 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1
- 15.25.31.1 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2

- 15.25.31.2 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3
- 15.25.31.3 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1
- 15.25.31.4 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
- 15.25.31.5 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3
- 15.25.31.6 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1
- 15.25.31.7 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2
- 15.25.31.8 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3
- 15.25.32.0 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, normale Saugleistung
- 15.25.32.1 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, erhöhte Saugleistung
- 15.25.32.2 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, hohe Saugleistung

Krankenpflegeartikel

Produktgruppe: 19 Krankenpflegeartikel

Anwendungsorte: 40 Häuslicher Bereich

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

- 19.40.05.0 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,4 x 0,6 m
- 19.40.05.1 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,6 m
- 19.40.05.2 Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,9 m
- 19.40.05.3 Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,4 x 0,6 m
- 19.40.05.4 Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,6 m
- 19.40.05.5 Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,9 m

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 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.

1.2.1 Verwendung im Hilfsmittelverzeichnis gelisteter Produkte

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

1.2.2 Änderungen der Produktlistung / -Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis während der Vertragslaufzeit

Bei Änderungen der Produktlistung / -Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis können vom Leistungserbringer zur Versorgung eingesetzte Hilfsmittel weiterhin verwendet werden. Dies gilt nicht für Hilfsmittel, die sich nicht bereits im Einsatz beim Versicherten befinden und die

erstmalig beim Versicherten eingesetzt werden sollen. Wenn sich lediglich die Hilfsmittelpositionsnummer geändert hat (Umgruppierung im Hilfsmittelverzeichnis), bleibt die Versorgungspflicht für das betroffene 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 und der Richtlinie 93/42/EWG in der jeweils gültigen Fassung über das erforderliche CE-Kennzeichen verfügen.

1.3. Vertragsärztliche Verordnung / Genehmigung der KKH

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung, eines Kostenvoranschlages (KVA) gemäß Anlage 05: „Datenübermittlung“ und bei Vorliegen einer vorherigen schriftlichen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entsprechend deren Inhalt / Umfang, soweit nachfolgend bzw. in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbart ist.

1.4. Wechsel des Vertragspartners

Der Versicherte kann sein Wahlrecht unter den Vertragspartnern jederzeit ausüben. Wählt der Versicherte während eines bereits mit Hilfsmitteln versorgten Zeitraumes einen anderen Vertragspartner, so wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten nach Ausübung des Wahlrechts. Voraussetzung ist, dass der Versicherte für den Kalendermonat noch keine vertragsgegenständlichen Hilfsmittel vom bisherigen Lieferanten in Empfang genommen hat. Hat der Versicherte für den folgenden Kalendermonat bereits Hilfsmittel erhalten, wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten des Monats, für den der Versicherte noch keine Hilfsmittel erhalten hat.

Hinsichtlich der Übermittlung eines Kostenvoranschlages und einer vertragsärztlichen Verordnung wird auf Ziffer 2.1.1 verwiesen.

1.5. Produktportfolio

Der Leistungserbringer bezeichnet das von ihm jeweils aufzahlungsfrei angebotene Hilfsmittel vollständig mit allen in der Anlage 03: „Produktportfolio“ vorgesehenen Angaben. Die Angabe mehrerer Hilfsmittelnummern (10-Steller) ist möglich.

In der Anlage 03: „Produktportfolio“ sind nur die letzten 3 Ziffern des 10-Stellers in die grün hinterlegten Zellen (Spalte D) einzutragen. Werden mehrere Hilfsmittel (10-Steller) angeboten, so sind die letzten 3 Ziffern des jeweiligen Hilfsmittels getrennt durch Komma, Semikolon o.ä. einzutragen.

Die in der Anlage 03: „Produktportfolio" 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 seines aufzahlungsfreien Produktportfolios zu machen.

Leistungserbringer, die diesem Vertrag beitreten, haben entweder dasselbe Produktportfolio vorzuhalten und den Versicherten anzubieten oder je vertraglicher Produktart (7-Steller) mindestens ein Hilfsmittel in der Anlage 03 „Produktportfolio“ zu benennen.

Jeder Leistungserbringer ist frei darin, welche 10-Steller aufzahlungsfrei angeboten werden. Entsprechend ist jeder Leistungserbringer berechtigt, sein aufzahlungsfreies Produktportfolio zu verändern. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die KKH – um ihren gesetzlichen Beratungspflichten nachkommen zu können - jederzeit Transparenz darüber haben muss, welche 10-Steller der Leistungserbringer aktuell aufzahlungsfrei anbietet. Änderungen des aufzahlungsfreien Produktportfolios können daher nur für zukünftige Quartale vorgenommen werden. Sie werden nur wirksam vereinbart, wenn der Leistungserbringer der KKH die Änderung mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsanfang in Textform angezeigt hat. Für die Änderungsanzeige verwendet der Leistungserbringer eine der Anlage 03 „Produktportfolio“ entsprechende Tabelle, aus der das vollständige aufzahlungsfreie Produktportfolio hervorgeht. Die Änderungsanzeige ist an **zhm@KKH.de** zu richten.

1.6. Versorgungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V

Nicht besetzt.

1.7. Information der Versicherten durch die KKH

Nicht besetzt.

2. Leistungsumfang / Versorgungsprozesse

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

2.0 Leistungsort

Der Leistungserbringer hat die Lieferung der Hilfsmittel und die Erbringung der weiteren von ihm zu erbringenden Leistungen in der Wohnung / am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderten-/Wohneinrichtungen (nicht Pflegeheime) 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. § 15 des Rahmenvertrages ist zu beachten.

Hinsichtlich der Lieferweise der Hilfsmittel wird auf Ziffer 2.1.4 verwiesen.

Es sind vom Leistungserbringer im Einzelnen folgende Leistungen zu erbringen:

2.1 Leistungsumfang / Versorgungsprozess „Monatspauschale aufsaugende Inkontinenzhilfen“

Der von der jeweils angebotenen „Monatspauschale aufsaugende Inkontinenzhilfen“ umfasste Leistungsumfang erfasst die nachfolgenden Leistungen.

2.1.1 Erstellung und Übermittlung eines Kostenvoranschlages

2.1.1.1 Leistungserbringer erhält vertragsärztliche Verordnung direkt vom Versicherten

Erhält der Leistungserbringer eine vertragsärztliche Verordnung unmittelbar vom Versicherten, ist zu prüfen, ob es sich bei der Versorgung um eine Erstversorgung oder um einen Wechsel des Vertragspartners handelt. Unter einer Erstversorgung ist das generelle erstmalige Beliefern eines Versicherten mit Inkontinenzhilfen zu verstehen oder der Versicherte wird das erste Mal im Rahmen dieses Vertrages durch den Leistungserbringer versorgt. Bei einer Erstversorgung übermittelt der Leistungserbringer einen von ihm erstellten KVA (Kostenvoranschlag) - spätestens innerhalb von 24 Stunden - an die KKH. **Des Weiteren übermittelt der Leistungserbringer die ärztliche Verordnung**.

Der Leistungserbringer hat die vertragsärztliche Verordnung auf Plausibilität zu überprüfen.

Ergibt sich im Rahmen der Bedarfsfeststellung, dass der Versicherte **von einem Vertragspartner zu einem anderen wechseln will**, übermittelt der Leistungserbringer ebenfalls einen von ihm erstellten KVA (Kostenvoranschlag) - spätestens innerhalb von 24 Stunden - an die KKH. **Eine Verordnung ist auch erforderlich.**

Die Übermittlung des Kostenvoranschlages (KVA) an die KKH erfolgt im Übrigen nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ genannte zuständige Stelle.

Die KKH prüft den KVA und erteilt mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Auftrag zur Versorgung auf Grundlage des KVA im festgelegten Umfang.

Handelt es sich bei der Versorgung **nicht** um eine Erstversorgung oder einen Wechsel des Leistungserbringers, sondern eine Folgeversorgung, kann eine Belieferung des Versicherten ohne vorherige Genehmigung der KKH erbracht werden. Die Übermittlung eines KVA entfällt.

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.

2.1.1.2 Leistungserbringer erhält die vertragsärztliche Verordnung über die KKH

Bei der KKH eingehende vertragsärztliche Verordnungen werden an den Leistungserbringer weitergeleitet, für den sich der Versicherte entschieden hat. Die KKH wird hierzu – soweit erforderlich – Rücksprache mit dem Versicherten halten.

Auch in diesem Fall prüft der Leistungserbringer, ob es sich bei der Versorgung um eine Erstversorgung oder um einen Wechsel des Leistungserbringers handelt. Unter einer Erstversorgung ist das generelle erstmalige Beliefern eines Versicherten mit Inkontinenzhilfen zu verstehen oder der Versicherte wird das erste Mal im Rahmen dieses Vertrages durch den Leistungserbringer versorgt. Bei einer Erstversorgung übermittelt der Leistungserbringer einen von ihm erstellten KVA (Kostenvoranschlag spätestens innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der vertragsärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer an die KKH. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer. **Des Weiteren übermittelt der Leistungserbringer die ärztliche Verordnung**.

Der Leistungserbringer hat die vertragsärztliche Verordnung auf Plausibilität zu überprüfen.

Ergibt sich im Rahmen der Bedarfsfeststellung, dass der Versicherte **von einem Leistungserbringer zu einem anderen wechseln will**, übermittelt der Leistungserbringer ebenfalls einen von ihm erstellten KVA (Kostenvoranschlag) spätestens innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der vertragsärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer an die KKH. **Eine Verordnung ist hingegen nicht erforderlich.**

Die Übermittlung des Kostenvoranschlages (KVA) an die KKH erfolgt im Übrigen nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung" mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung" genannte zuständige Stelle.

Die KKH prüft den KVA und erteilt mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Auftrag zur Versorgung auf Grundlage des KVA im festgelegten Umfang.

Handelt es sich bei der Versorgung **nicht** um eine Erstversorgung oder einen Wechsel des Leistungserbringers, sondern eine Folgeversorgung, kann eine Belieferung des Versicherten ohne vorherige Genehmigung der KKH erbracht werden. Die Übermittlung eines KVA entfällt.

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.

2.1.2 Lieferung der aufsaugenden Inkontinenzhilfen / Krankenunterlagen

2.1.2.1 Beratung / Bedarfsfeststellung und Nachbetreuung

Vor einer Lieferung der vertraglich geregelten Produkte ist der Versicherte oder dessen betreuende Person zu beraten und der Bedarf des Versicherten in Bezug auf Art und Menge festzustellen.

Die Beratung und die Bedarfsfeststellung erfolgt innerhalb eines Arbeitstages ab Auftragserteilung (z.B. Verordnung, Genehmigung per Fax) vorrangig telefonisch. Sofern eine telefonische Beratung und Bedarfsfeststellung nicht möglich ist, ist der Versicherte oder deren betreuende Person schriftlich oder persönlich, wenn erforderlich auch vor Ort (nach vorheriger Terminabsprache) zu kontaktieren.

Bei einer persönlichen Beratung hat diese in einem akustisch und optisch abgegrenzten Bereich/Raum zu erfolgen.

Im Rahmen des Beratungsgespräches hat der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten zu ermitteln. Die Beratung ist kostenfrei. Sofern der Versicherte keine Beratung wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar festzuhalten. Das Beratungsgespräch einschließlich der aufzahlungsfreien Versorgungsvorschläge ist zu dokumentieren; ggf. ist auch die Begründung für eine Versorgung mit Aufzahlung zu dokumentieren. Die Dokumentation verbleibt beim Leistungserbringer und ist bei Bedarf der KKH zur Verfügung zu stellen.
Der Leistungserbringer hat dem Versicherten eine Auswahl aufzahlungsfreier, individuell geeigneter Inkontinenzhilfen, die dem Schweregrad der Inkontinenz und ggf. den sonstigen Behinderungen oder Erkrankungen des Versicherten entsprechen, anzubieten.

Bei der Auswahl des Hilfsmittels sind, soweit möglich, diagnostizierte Allergien der Versicherten gegen bestimmte Materialien zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Beratung und Bedarfsfeststellung ist der Leistungserbringer verpflichtet, soweit gewünscht, dem Versicherten Produktmuster zu allen im Produktportfolio gem. Anlage 03: „Produktportfolio“ befindlichen Hilfsmittel (10-Steller) kostenfrei zu übersenden. Somit hat die Bemusterung entsprechend der Bedarfsermittlung mit verschiedenen, individuell geeigneten Produkten, von verschiedenen Herstellern bei der Erstversorgung und einem Produktwechsel zu erfolgen. Die Produktmuster müssen hygienisch verpackt und für den Versicherten (leicht erkennbar) jeweils entsprechend eindeutig beschriftet sein. Auch wenn der Versicherte den jeweiligen Leistungserbringer nicht für die Versorgung auswählt, darf kein Entgelt für die Produktmuster in Rechnung gestellt werden.

Art und Umfang der Versorgung richtet sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen, individuellen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass innerhalb der angebotenen Pauschale eine ausreichende Versorgung des Versicherten in seiner jeweiligen individuellen Situation sicherzustellen ist. Dem widersprechende Äußerungen gegenüber dem Versicherten sind unzulässig und werden von Seiten der KKH nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen verfolgt.

Darüber hinaus führt der Leistungserbringer die erforderliche Nachbetreuung (insbesondere Klärung ggf. auftretender Fragen des Versicherten oder erforderliche Folgeeinweisungen in die Handhabung der Hilfsmittel) durch.

2.1.2.2 Auslieferung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer liefert die aufsaugenden Inkontinenzhilfen / Krankenunterlagen im medizinisch notwendigen Umfang gemäß der Bedarfsfeststellung.

Die Lieferung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel muss in neutralen Verpackungen erfolgen. Hierbei muss sichergestellt werden, dass die Verpackungen keinen Rückschluss auf den Inhalt und die Hilfsmittel zulassen (z.B. durch Leistungserbringer-, Hersteller- oder Produktaufdruck oder durch außen angeheftete Lieferscheine).

2.1.2.3 Lieferfrist und Liefermenge

Die Belieferung (Zustellung beim Versicherten) des Versicherten erfolgt bei einer erstmaligen Versorgung durch den Leistungserbringer binnen 48 Stunden nach Auftragserteilung (z.B. Verordnung, Eingang der Genehmigung) durch die KKH. Fällt das Fristende auf einen Sonn- oder Feiertag, endet die Frist am darauf folgenden Werktag. Bei Anschlussversorgungen stellt der Leistungserbringer sicher, dass der Versicherte ohne Verzögerung durchgängig mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen / Krankenunterlagen versorgt wird. Bei den weiteren Folgelieferungen 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. Die Lieferungen müssen rechtzeitig erfolgen, spätestens 3 Tage vor Bedarf.

Kann der Leistungserbringer die vertraglich vereinbarte Lieferfrist oder den mit dem Versicherten vereinbarten Liefertermin mit (bestimmten) vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln im

Einzelfall nicht einhalten, informiert der Leistungserbringer die KKH unverzüglich. In diesem Fall kann der Versicherte einen anderen Vertragspartner wählen.

Die Liefermenge (mindestens eine Verpackungseinheit) sollte mindestens den Bedarf von 30 Tagen beinhalten und ist auf die räumlichen Lagerungsmöglichkeiten des Versicherten abzustellen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten kann die Liefermenge auch den Bedarf von max. 90 Tagen beinhalten. Der diesbezügliche Wunsch des Versicherten ist in geeigneter Weise zu dokumentieren und die Dokumentation ist der KKH auf Verlangen vorzulegen.

Ein Wechsel des Leistungserbringers (z. B. wegen Unzufriedenheit) kann durch den Versicherten monatlich erfolgen. Voraussetzung dabei ist, dass der Leistungserbringer auch nur für einen Monat (30 Tage) Hilfsmittel geliefert hat. Hat eine Lieferung mit Hilfsmitteln, auf Wunsch des Versicherten, für drei Monate (90 Tage) stattgefunden, ist ein Wechsel des Leistungserbringers erst nach drei Monaten möglich.

2.1.2.4 Kontaktdaten des Leistungserbringers

Bei Lieferung des Hilfsmittels informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in geeigneter Form über seine Kontaktdaten (einschließlich der Servicehotline zu Ziff. 2.1.6).

2.1.3 Einweisung in Handhabung und Anwendung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer weist den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson persönlich in die sachgerechte Handhabung und Verwendung des Hilfsmittels (z. B. Hinweise und Erklärungen zur Handhabung, zum richtigen Anlegen und zum Wechsel des Produktes) ein.

Die Einweisung erfolgt in der Regel telefonisch. Sofern eine telefonische Einweisung nicht möglich ist, ist der Versicherte oder deren betreuende Person persönlich, wenn erforderlich auch vor Ort (nach vorheriger Terminabsprache) zu kontaktieren.

Eine Einweisung ist nicht erforderlich, sofern der Versicherte im Umgang mit dem Hilfsmittel bereits vertraut ist.

2.1.4 Einholung einer Empfangsbestätigung des Versicherten / Lieferdokumentation

Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel sowie zum Versorgungszeitraum enthält.

Für jede im Rahmen des Vertrages erbrachte Leistung ist die vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung (auch digitale Unterschrift) einzuholen. Erfolgt die Lieferung z. B. durch Kurierdienste (DPD, UPS, Post etc.), ist die Angabe der Sendungsverfolgungsnummer in Verbindung mit dem Lieferschein als Ersatz einer Empfangsbestätigung möglich.

Ohne Lieferschein und Liefernachweis darf eine Abrechnung nicht erfolgen. Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

2.1.5 Telefonische Beratung und Auftragsannahme

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit von geschulten Fachkräften zur Nachbetreuung, Klärung etwaiger Versorgungsprobleme/Komplikationen, Auskunft und Beratung sowie der Annahme von Aufträgen. Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr, Samstag von 8.00 bis 13.00 Uhr sowie darüber hinaus während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen, d.h. von allen eingehenden Anrufen sind mindestens 90 % persönlich anzunehmen (keine Warteschleife/ kein Sprachtext). 80 % der angenommenen Anrufe sind in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden anzunehmen. Eine Gesprächszeitlimitierung darf nicht erfolgen. Die für die Versicherten kostenfreie Telefonnummer - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - ist dem Versicherten spätestens bei Auslieferung des Hilfsmittels bekanntzugeben.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, entsprechende Nachweise über das Erreichen der genannten Prozentwerte nach Aufforderung durch die KKH beizubringen.

2.1.6 Retourenbearbeitung

Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei berechtigten Reklamationen (z. B. falsche Größen, falsche Produkte, fehlerhafte Produkte) die gelieferten Hilfsmittel beim Versicherten wieder abzuholen, wahlweise bereits bei Belieferung einen Retourenschein beizufügen, damit der Versicherte die Hilfsmittel versandkostenfrei zurücksenden kann.

2.1.7 Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nach Ziff. II 2.1.1 bis 2.1.7 nachvollziehbar festgehalten werden. Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentation und übermittelt diese auf Anforderung an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ genannte Stelle.

2.1.8 Personelle Anforderungen

Der Leistungsbringer beschäftigt in ausreichender Anzahl Mitarbeiter, die mindestens eine der folgenden Qualifikationen bzw. gleichwertige Qualifikation besitzt, um die in Ziff. 2.1.2.1, 2.1.5 aufgeführten Beratungen qualifiziert durchführen zu können:

a) staatlich anerkannter Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder

b) staatlich anerkannter Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder

c) staatlich anerkannter Altenpfleger/in mit dreijähriger Ausbildungszeit und mindestens dreijähriger berufspraktischen Erfahrungszeit oder

d) Mitarbeiter/in mit abgeschlossener Fortbildung zum Medizinprodukteberater Inkontinenzartikel und mindestens dreijähriger berufspraktischer Erfahrungszeit im Bereich der Versorgung mit Inkontinenzartikeln.

Die Qualifikationsnachweise des Personals werden der KKH auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

2.2 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und insbesondere § 15 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 versorgungsberechtigen 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.

2.3 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.

2.4 Weitere Leistungspflichten

Weitere Leistungspflichten des Leistungserbringers ergeben sich aus dem Rahmenvertrag.

2.5 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.

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Anlage 02 "Preisvereinbarung"

Der Leistungserbringer erhält für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln (Produktbeschreibung gemäß Hilfsmittel) einschließlich des Zubehörs und allen notwendigen Leistungen gemäß Rahmenvertrag/Leistungsbeschreibung die nachstehend genannten Versorgungspauschalen.

Die Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer.

Hilfsmittelpo-sitionsnummer	Bezeichnung	Versorgungs-form	Kennzeichen Hilfsmittel*	monatliche Versorgungspau-schale (netto)	Zeitraum	Genehmigungs-pflicht	Zuzahlung
15.99.91.4000	Pauschale für Inkontinenzhilfen/ Krankenunterlagen	Erstpauschale	08	8,45	1 Monat	Ja	10 %, höchstens 10 € für den Monatsbedarf
15.99.91.4000	Pauschale für Inkontinenzhilfen/ Krankenunterlagen	Folgepauschale	09	8,45	1 Monat	Nein	10 %, höchstens 10 € für den Monatsbedarf

* Schlüssel Kennzeichen für Hilfsmittel gemäß Richtlinie über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V

Anlage 03: "Produktportfolio"

7-Steller	Bezeichnung Produktart	Produktnummer (10-Steller)	
Produktuntergruppe 15.25.02 - Netzhosen für Inkontinenzvorlagen			
15.25.02.0	Netzhosen, Größe 1	15.25.02.0	018, 015
15.25.02.1	Netzhosen, Größe 2	15.25.02.1	126, 127, 156, 155, 157, 158, 095, 096,
Produktuntergruppe 15.25.30 - Saugende Inkontinenzvorlagen			
15.25.30.0	Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0	004
15.25.30.1	Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1	074, 053, 050, 073, 013
15.25.30.2	Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2	045, 061, 016
15.25.30.3	Rechteckvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.3	
15.25.30.4	Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.4	001, 002
15.25.30.5	Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.30.5	088, 087, 092, 090, 089, 091, 067
15.25.30.6	Wiederverwendbare Vorlagen	15.25.30.6	
Produktuntergruppe 15.25.31 - Saugende Inkontinenhosen (nicht wiederverwendbar)			
15.25.31.0	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.31.0	041, 016
15.25.31.1	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2	15.25.31.1	
15.25.31.2	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3	15.25.31.2	
15.25.31.3	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1	15.25.31.3	
15.25.31.4	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.31.4	062, 067, 063, 024

15.25.31.5	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3	15.25.31.5	036
15.25.31.6	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1	15.25.31.6	025, 024
15.25.31.7	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2	15.25.31.7	083, 033
15.25.31.8	Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.31.8	203, 171, 084
Produktuntergruppe 15.25.32 - Wiederverwendbare saugende Inkontinenhosen			
15.25.32.0	Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, normale Saugleistung	15.25.32.0	
15.25.32.1	Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, erhöhte Saugleistung	15.25.32.1	
15.25.32.2	Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, hohe Saugleistung	15.25.32.2	
Produktuntergruppe 19.40.05 - Kranken- und Vliesunterlagen			
19.40.05.0	Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,4 x 0,6 m	19.40.05.0	004, 005
19.40.05.1	Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,6 m	19.40.05.1	015, 020
19.40.05.2	Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,9 m	19.40.05.2	082, 087
19.40.05.3	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,4 x 0,6 m	19.40.05.3	028, 080
19.40.05.4	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,6 m	19.40.05.4	072, 073
19.40.05.5	Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,9 m	19.40.05.5	107, 048

Anlage 04: „Abrechnungsregelung“

Abrechnungsmodalitäten

Grundsätzliches

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

Zuständige Stelle für Abrechnungsregelung

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

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

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- 7-stelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
- Abrechnungspositionsnummer,
- Versorgungszeitraum (von/bis),
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 6 *(wenn zutreffend)*,
- Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung),
- Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich),
- Urbelege (wie Verordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original). Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert der Auftraggeber im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein,
- Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein,
- Angabe der Belegnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen.

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

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

(4) Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.

(5) Nimmt der Auftragnehmer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

(6) Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Auftragnehmer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

(7) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Auftragnehmer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

(8) Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. VdAK/AEV- Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").

(9) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege/ Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

(10) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der

Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.

(11) Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

(12) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.

(13) Der Zugelassene trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:

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

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

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

- Codierblatt,
- Verordnung und
- ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

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

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

(17) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

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

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

- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
- Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)

(20) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.

(21) Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.

(22) Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

(23) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

(24) Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

(25) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßga-

ben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.

(26) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/ sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

(1) Jede zugelassene Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH verwendet.

(2) Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vorzunehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.

(3) Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.

(4) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1800 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.

(5) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die KKH oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

(6) Das gegenüber der KKH verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

(7) Das IK des Zugelassenen ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH abgewiesen.

(8) Die unter dem gegenüber der KKH verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

Anlage 05: „Datenübermittlung“

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

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
Internet: www.medicomp.de

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

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

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

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

Abweichend vom elektronischen Datenaustausch kann der Auftragnehmer 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 beigefügte 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 Auftragnehmer 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 oder ein/mehrere vorhandene/s Hilfsmittel beim Versicherten abzuholen.

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

Der Auftragnehmer 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 Auftragnehmer nicht bereits vorliegen.

Definition „Teilgenehmigung“
Teilweise Genehmigung der beantragten Versorgung, hinsichtlich:
- Inhalt der Versorgung
- Höhe der Leistung.

1.3 Nachrichten

Der Auftragnehmer **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

- zur Zeit nicht belegt -

1.5 Rückholbestätigung

- zur Zeit nicht belegt -

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),
- der festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS)
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- die Hilfsmittel- bzw. Abrechnungspositionsnummer (7-/10-Steller),
- der Versorgungszeitraum (von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ),
- 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.

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen
Tel. 04 21.16 33 95-34 50
Fax 04 21.16 33 95-44 99
E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera
Tel. 03 65.55 28 6-0
Fax. 03 65.55 28 6-22 98
E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:
Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr
Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr
Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:
KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera

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

23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera
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

89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera
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

75031	75038	Bremen			

II. Nachtragsvereinbarung

zum

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Lieferung von aufsaugenden Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15 nach Hilfsmittelverzeichnis) und Krankenunterlagen (Produktgruppe 19 nach Hilfsmittelverzeichnis) in die Häuslichkeit des Versicherten

zwischen

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

- nachfolgend KKH -

und

der Firma MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostr. 3, 68165 Mannheim

- nachfolgend Leistungserbringer -

- KKH und Leistungserbringer zusammen im Folgenden Parteien genannt -

Leistungserbringer-Gruppenschlüssel
19 99 F82

Präambel

Mit dieser Nachtragsvereinbarung wollen die Vertragsparteien die Kostensteigerung aufgrund von Liefer- und Logistikproblemen bei Zellstoff und das extrem hohe Niveau der Rohstoffmärkte berücksichtigen. Daher vereinbaren die Parteien einen zeitlich befristeten Aufschlag zum Ausgleich der daraus resultierenden Preiserhöhungen.

Mit diesem Nachtrag vereinbaren die Parteien, dass sie nachfolgende Änderungen mit Wirkung ab 01.10.2022 gegen sich gelten lassen.

§ 1 Änderungen der Anlage 02 Preisvereinbarung

(1) Die Anlage 02: „Preisvereinbarung“ (Stand 01.06.2022) wird durch die Anlage 02: „Preisvereinbarung“ (Stand: 01.10.2022) für den Zeitraum 01.10.2022 bis 31.05.2023 ersetzt (s. Anlage).

(2) Die Anlage 02: Preisvereinbarung“ (Stand 01.10.2022) gilt für Versorgungen, die in dem Zeitraum zwischen dem 01.10.2022 und 31.05.2023 vorgenommen werden.

(3) Bereits erteilte Einzelaufträge nach diesem Rahmenvertrag bleiben unberührt und behalten ihre Gültigkeit.

§ 2 Änderungen der Anlage 01 Leistungsbeschreibung

Die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ wird unter Punkt 1.5 Produktportfolio um folgenden Passus ergänzt: Mit der Anpassung des Vertragspreises garantiert der Leistungserbringer, dass das vertraglich vereinbarte Produktportfolio weiterhin aufzahlungsfrei an die Versicherten abgegeben wird.

§ 3 Änderungen des Rahmenvertrages

Im Rahmenvertrag wird in § 18 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung der Abs. 3 durch folgende Formulierung ersetzt: „Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2023, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.“

§ 4 Gültigkeit

Die Nachtragsvereinbarung tritt zum 01.10.2022 in Kraft und endet am 31.05.2023. Eine Kündigung ist für die Parteien nicht erforderlich.

§ 5 Sonstiges

Im Übrigen bleibt der zwischen den Parteien geltende Rahmenvertrag unverändert.

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Anlage 02 "Preisvereinbarung"

Der Leistungserbringer erhält für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln (Produktbeschreibung gemäß Hilfsmittel) einschließlich des Zubehörs und allen notwendigen Leistungen gemäß Rahmenvertrag/Leistungsbeschreibung die nachstehend genannten Versorgungspauschalen.

Die Preise verstehen sich jeweils zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer.

Hilfsmittelpo-sitionsnummer	Bezeichnung	Versorgungs-form	Kennzeichen Hilfsmittel*	monatliche Versorgungspau-schale (netto)	Zeitraum	Genehmigungs-pflicht	Zuzahlung
15.99.91.4000	Pauschale für Inkontinenzhilfen/ Krankenunterlagen	Erstpauschale	08	15,22 €	1 Monat	Ja	10 %, höchstens 10 € für den Monatsbedarf
15.99.91.4000	Pauschale für Inkontinenzhilfen/ Krankenunterlagen	Folgepauschale	09	15,22 €	1 Monat	Nein	10 %, höchstens 10 € für den Monatsbedarf

* Schlüssel Kennzeichen für Hilfsmittel gemäß Richtlinie über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V