

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.10.2011 eine Rahmenvereinbarung gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zur Hilfsmittelversorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten (Produktgruppen 01 „Absauggeräte“, 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“, 14 „Inhalations- und Atemgeräte“ und 27 „Sprechhilfen“) geschlossen.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigelegte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt¹ mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
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 beigelegt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

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

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Wetsch vom Zentralen Hilfsmittelmanagement (E-Mail: kristina.wetsch@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3115) oder an Herrn Behre (E-Mail: holger.behre@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3336).

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

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

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

Hier: Beitrittserklärung zur Rahmenvereinbarung gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zur Hilfsmittelversorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten (Produktgruppen 01 „Absauggeräte“, 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“, 14 „Inhalations- und Atemgeräte“ und 27 „Sprechhilfen“)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zur Rahmenvereinbarung zur Hilfsmittelversorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten (Produktgruppen 01 „Absauggeräte“, 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“, 14 „Inhalations- und Atemgeräte“ und 27 „Sprechhilfen“), nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

zur

**Rahmenvereinbarung zur Hilfsmittelversorgung von
Tracheotomierten und Laryngektomierten
(Produktgruppen 01 „Absauggeräte“, 12 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“, 14 „Inhalations- und Atemgeräte“ und 27 „Sprechhilfen“)**

Leistungserbringergruppenschlüssel:

19 99 B12 Versorgung von Tracheotomierten (unbeatmet)

19 99 B13 Versorgung von Tracheotomierten (beatmet)

19 99 B14 Versorgung von Laryngektomierten

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. 2a SGB V. Der Beitritt wird mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam.
[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]
2. Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den *[Zutreffendes bitte ankreuzen.]*:

☐ vollständigen Beitritt (bundesweit und alle Anhänge)

☐ teilweisen Beitritt

☐ Bitte Anhang wählen:

☐ regional und zwar in folgenden Bundesländern/Postleitzahlenbereichen:

3. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. *[Zutreffendes bitte ankreuzen.]*

☐ Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie beigelegt.

☐ Wir erklären, dass alle Betriebsstätten, die an der vertragsgegenständlichen Versorgung beteiligt sind, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel erfüllen. Wir erklären, dass wir die Voraussetzungen, die durch die Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit dem Kriterienkatalog (jeweils in aktueller Fassung) bezogen auf die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln aufgestellt wurden, erfüllen (die Empfehlungen inkl. Kriterienkatalog sind zu finden unter: <http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/praqualifizierung/eignungskriterien/eignungskriterien.jsp>)

[Die KKH weist darauf hin, dass sie die Richtigkeit der abgegebenen Eigenerklärung überprüfen wird. Der Verband der Ersatzkassen wird die einzelfallbezogene Prüfung im Auftrag der KKH durchführen. Er wird hierzu die Nachweise anfordern, die auch im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens vorzulegen wären. Diese ergeben sich aus dem vorbezeichneten Kriterienkatalog.]

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.

4. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten. Wir sind damit einverstanden, dass Änderungen und Ergänzungen des o. g. Vertrages uns gegenüber nach schriftlicher Bekanntgabe automatisch wirksam werden, es sei denn, wir widersprechen der Geltung der Änderungen schriftlich innerhalb einer Frist von 14 Tagen.
5. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvereinbarung

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

**zur Hilfsmittelversorgung
von Tracheotomierten und
Laryngektomierten**

zwischen

der Fa. _____

Institutionskennzeichen: _____

- nachfolgend Leistungserbringer -

und

der KKH-Allianz Ersatzkasse, vertreten durch den Vorstand, Karl-Wiechert-Allee 61,
30625 Hannover

- nachfolgend KKH-Allianz -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung von Tracheotomierten und / oder Laryngektomierten der KKH-Allianz mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 01 "Absauggeräte", der Produktgruppe PG 12 "Hilfsmittel bei Tracheostoma", der Produktgruppe 14 "Inhalations- und Atemgeräte" sowie der Produktgruppe 27 "Sprechhilfen" einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen auf der Basis monatlicher Versorgungspauschalen (Kalendermonate).

Die Hilfsmittel, die Gegenstand der Versorgung sind, sind in der Anlage 2 abschließend beschrieben.

Bestandteile dieses Vertrages sind

- der Vertrag
- die Anlagen
- die Anhänge

<i>Anlage 1</i>	<i>Übermittlung Kostenvoranschlag (KVA)</i>
<i>Anlage 2</i>	<i>Inhalte der Vergütungspauschalen</i>
<i>Anlage 3</i>	<i>Abrechnungsregelung</i>
<i>Anlage 4</i>	<i>Datenübermittlung / Zuständige Stelle</i>
<i>Anlage 5</i>	<i>Eigennachweis zur Eignung</i>
<i>Anlage 6</i>	<i>Eigenerklärung / -nachweis über die personellen und fachlichen Mindestanforderungen gemäß § 10 des Vertrages</i>
<i>Anlage 7</i>	<i>Erklärung über die Einhaltung der Bundes- und Sozialdatenschutzgesetz</i>
<i>Anlage 8</i>	<i>Muster Dokumentation Beratung n. § 127 Abs. 5 S. 1 u. 2 SGB V</i>
<i>Anlage 9</i>	<i>Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung n. § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V</i>
<i>Anhang 1</i>	<i>Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, unbeatmet</i>
<i>Anhang 2</i>	<i>Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, beatmet</i>
<i>Anhang 3</i>	<i>Vergütungsvereinbarung - Laryngektomie</i>

§ 2

Vertragsteilnahme

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass über die vereinbarte Vertragslaufzeit die nachfolgenden Bestimmungen erfüllt werden.
- (2) Der Leistungserbringer hat eine entsprechende Eignung nachzuweisen. Voraussetzung hierfür ist eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Eignung hat der Leistungserbringer grds. durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V nachzuweisen.
- (3) Hat der Leistungserbringer das Präqualifizierungsverfahren noch nicht vollständig durchlaufen oder hat der Leistungserbringer eine so genannte individuelle Einzelfallprüfung¹ beantragt, so hat der Leistungserbringer als Nachweis die Bestätigung der Antragstellung der KKH-Allianz vorzulegen. Darüber hinaus ist die bisherige "Altzulassung" nach § 126 SGB V a. F. vorzulegen. Innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Vorlage der in Satz 1 und 2 geforderten Nachweise ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Bestätigung gemäß § 126 Abs. 1a SGB V vorzulegen. Wird die Bestätigung nicht innerhalb der Nachfrist eingereicht, endet der Vertrag mit Ablauf der Nachfrist, ohne dass es einer auslösenden Kündigung bedarf (auflösende Bedingung).

¹ mit der individuellen Einzelfallprüfung hat die KKH-Allianz die jeweilige vdek-Landesvertretung beauftragt

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH-Allianz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Er umfasst die Versorgung der Versicherten der KKH-Allianz und aller durch die KKH-Allianz betreuten Anspruchsberechtigten sowohl im häuslichen Bereich als auch im stationären Bereich (Pflegeheim).
- (3) Die Kinderversorgungen - bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres - sind nicht Bestandteil des Vertrages.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften einzuhalten und zu beachten.
- (2) Für die Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 2 Nr.6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (3) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, dass die erforderliche Fachkunde gemäß § 10 und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.
- (4) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Versorgung gemäß § 9 durchzuführen, sind vorzuhalten.
- (5) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.

- (6) Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH-Allianz unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH-Allianz prüffähig darzulegen.
- (7) Voraussetzung für die Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten mit Hilfsmitteln zu Lasten der KKH-Allianz ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung nach Muster 16 (vgl. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V). Die Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Der Vertragsarzt hat zumindest die Indikation (Tracheotomie (beatmet/unbeatmet)/ Laryngektomie) anzugeben.

Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die KKH-Allianz auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen zur Entlassung. Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es sollen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein. Dauerverordnungen sind maximal 12 Kalendermonate gültig.

- (8) Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer der nach diesem Vertrag abzugebenden Hilfsmittel. Er ist Betreiber im Sinne des MPG (Gesetz über Medizinprodukte).
- (9) Die KKH-Allianz ist berechtigt, die Qualität der Versorgung in geeigneter Weise zu überprüfen. Sie kann hierzu Testversorgungen und Besichtigungen der Betriebsstätten des Leistungserbringers durchführen. Der Leistungserbringer gestattet der KKH-Allianz innerhalb der Betriebszeiten - nach Terminabsprache / Terminvereinbarung - den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und Einsichtnahme über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie Dokumentation der erbrachten Leistungen. Die KKH-Allianz kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst (MD) hinzuziehen.

§ 5

Art und Umfang der Leistungen

- (1) Der Leistungserbringer erbringt nach diesem Vertrag mindestens folgende Leistungen:
- Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten
- (2) Die Versorgung umfasst folgende Dienst- und Lieferleistungen:
- der Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen der Pauschale eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung (§ 12 SGB V) mit Hilfsmitteln zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten gemäß § 9.
 - die Bedarfsfeststellung, die hilfsmittelbezogene Beratung des Versicherten einschließlich der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel und der ggf. notwendige Erprobungsphase und die Einweisung der Versicherten in den Gebrauch der Hilfsmittel gemäß § 8.
 - die Lieferung / Nachlieferung der Hilfsmittel und Retourenbearbeitung.
 - Wartung, Instandsetzung und ggf. den Einsatz erforderlicher Ersatzgeräte, sicherheitstechnische Kontrollen sowie erforderliche Reparaturen inklusive Ersatzteile.
 - die Kosten für Auslieferung, Abholung, Verschrottung und Aussonderung der Hilfsmittel.
 - die telefonische Auftragsannahme und Vorhaltung einer Servicehotline.
 - 24 h (technischen) Notdienst mit separater Notruf-Nummer.

§ 6

Ablauf der Versorgung

a) Erstversorgung

- (1) Wird der Leistungserbringer von der KKH-Allianz oder (un-)mittelbar vom Versicherten beauftragt eine hilfsmittelbezogene Beratung im stationären Bereich gemäß § 8 durchzuführen, hat er - sofern erforderlich - innerhalb von 24 Stunden mit dieser zu beginnen. Die hilfsmittelbezogene Beratung setzt den Wunsch / das Einverständnis des behandelnden (Krankenhaus-)Arztes sowie des Versicherten voraus.
- (2) Der Leistungserbringer übermittelt nach Erhalt der ärztlichen Hilfsmittelverordnung den von ihm erstellten Kostenvoranschlag (KVA) gemäß Anlage: "Übermittlung KVA" in der vorgegebenen Form an die dort benannte Stelle, sofern in § 7 keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen.
- (3) Die KKH-Allianz prüft die eingereichten Unterlagen. Die KKH-Allianz prüft insbesondere das Erfüllen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen und die veranschlagte Pauschale zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten gemäß Anhang 1 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, unbeatmet", Anhang 2 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, beatmet" bzw. Anhang 3 "Vergütungsvereinbarung - Laryngektomie". Die KKH-Allianz erteilt im Falle einer Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang.
- (4) Die Versorgung / der Genehmigungszeitraum beginnt mit der Übergabe der Hilfsmittel an den Versicherten, frühestens mit dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus.

b) Übernahme / Weiterführung einer laufenden Versorgung

- (1) Erhält der Leistungserbringer eine Verordnung von der KKH-Allianz oder unmittelbar vom Versicherten nimmt er grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden / 1 Werktag Kontakt zum Versicherten auf und stimmt den Termin für eine hilfsmittelbezogene Beratung und Bedarfsfeststellung ab.

- (2) Der Leistungserbringer übermittelt der KKH-Allianz sodann unverzüglich - spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Abschluss der hilfsmittelbezogenen Beratung bzw. Bedarfsfeststellung - den von ihm erstellten KVA gemäß Anlage: "Übermittlung KVA" in der vorgegebenen Form an die dort benannte Stelle, sofern in § 7 keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen.
 - (3) Die KKH-Allianz prüft die eingereichten Unterlagen. Die KKH-Allianz prüft insbesondere das Erfüllen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen sowie die veranschlagte Pauschale zur Versorgung von Stomaanlagen gemäß Anhang 1 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, unbeatmet", Anhang 2 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, beatmet" bzw. Anhang 3 "Vergütungsvereinbarung - Laryngektomie". Die KKH-Allianz teilt im Falle einer Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang / Zeitraum mit.
- c) Grundsätzliches
- (1) Die hilfsmittelbezogene Beratung soll in der beratungsintensiven Phase der ersten drei Monate nach der Krankenhausentlassung durch mindestens drei Beratungsbesuche erfolgen. Im weiteren Verlauf der Versorgung erfolgt die hilfsmittelbezogene Beratung nach Bedarf. Im ersten Jahr grundsätzlich innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten zumindest durch einen Beratungsbesuch.
 - (2) Die erstmalige Belieferung des Versicherten mit den Hilfsmitteln hat spätestens innerhalb von 48 Stunden / 2 Werktagen nach Genehmigung durch die KKH-Allianz ab Eingang der Genehmigung beim Leistungserbringer zu erfolgen. Die Genehmigung kann bei eiligen Versorgung von der KKH-Allianz auch vorab telefonisch erteilt werden. Andere Lieferfristen können in Absprache mit dem Versicherten vereinbart werden.
 - (3) Die Liefermenge soll im medizinisch notwendigen Umfang den Bedarf für 30 Tage ("Monatsbedarf") beinhalten. Bei genehmigten Dauerversorgungen stellt der Leistungserbringer sicher, dass der Versicherte ohne Verzögerung durchgängig mit Hilfsmitteln versorgt wird.
 - (4) Der Versand oder die Lieferung der Hilfsmittel hat mit neutralen Verpackungen zu erfolgen.

- (5) Bei Lieferung ist dem Versicherten oder dessen Pflegeperson eine schriftliche Gebrauchseinweisung (Beipackzettel) in deutscher Sprache auszuhändigen.
- (6) Der Leistungserbringer hat sich den Empfang der Lieferung durch den Versicherten oder die betreuende Person bestätigen zu lassen. Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, Post, Versendungsnummer etc.) zulässig.
- (7) Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung, Erteilung von Auskünften und Aufträgen. Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens: montags bis freitags von 8.00 bis 17.00 Uhr, sowie darüber hinaus während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen. Die für die Versicherten - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - kostenfreie Telefonnummer ist dem Versicherten (spätestens) bei Auslieferung der Hilfsmittel bekannt zu geben.
- (8) Der Leistungserbringer stellt eine 24 h Rufbereitschaft über eine Notdienst-Nummer (nicht über Anrufbeantworter) an sieben Tagen pro Woche sicher. Die Rufbereitschaft gilt für Notfälle wie z. B. den Ausfall von medizinischen Geräten (z. B. Absauggerät usw.). Die Rufbereitschaft ist mit einer Reaktionszeit von einer Stunde zu hinterlegen, in der Maßnahmen zur Beseitigung des Problems eingeleitet sein müssen. Für die Rufbereitschaft ist eine Notdienstnummer anzugeben. Die Notdienstnummer ist dem Versicherten ebenfalls bei Auslieferung der Hilfsmittel bekannt zu geben.
- (9) Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei berechtigten Reklamationen, die gelieferten Hilfsmittel beim Versicherten wieder abzuholen, wahlweise bereits bei Belieferung einen Retourenschein beizufügen.
- (10) Der Leistungserbringer hat die Versorgung während des genehmigten Versorgungszeitraums sach- und fachgerecht sicherzustellen. Können notwendige Reparaturen oder Wartungen nicht sofort ausgeführt werden, hat der Leistungserbringer für die Dauer der Reparaturzeit ein vergleichbares Ersatzhilfsmittel dem Versicherten zur Verfügung zu stellen oder das Hilfsmittel auszutauschen. Der Leistungserbringer hat die Auslieferung, Abholung und ggf. Verschrottung sowie Aussonderung der Hilfsmittel sicherzustellen.

§ 7

Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)

- (1) Genehmigungspflichtig sind alle Erstversorgungen des Versicherten bzw. erstmalige Versorgungen des Versicherten durch einen Leistungserbringer. Ändert sich die Indikation und damit die Art der Versorgung/Pauschalvergütung, so unterliegt die Veränderung der Vergütung ebenfalls der vorherigen Genehmigung.
- (2) Die Genehmigung (bzw. der Versorgungsauftrag) kann bei eiligen Versorgungen von der KKH-Allianz auch vorab per Fax erteilt werden.
- (3) Soweit der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) gemäß der Anlage: "Übermittlung KVA" in der vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.
- (4) Die KKH-Allianz prüft 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 den Kostenvoranschlag (KVA) im Original zusammen mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) zurück. Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH-Allianz.
- (5) Die Versorgungen werden von der KKH-Allianz für die Dauer von 12 Kalendermonaten genehmigt. Wählt der Versicherte in dem Zeitraum gemäß § 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V einen anderen Leistungserbringer, endet der Anspruch auf Vergütung mit dem Ablauf des Kalendermonats. Sofern der Versicherte bereits für den folgenden Kalendermonat beliefert wurde, so endet der Anspruch auf Vergütung mit Ablauf des folgenden Kalendermonats.

Die KKH-Allianz berichtigt in dem Fall die erteilte Genehmigung und sendet dem Leistungserbringer eine Genehmigung mit dem berichtigten Zeitraum zu.

§ 8

Anforderungen an die Beratung des Versicherten

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten der KKH-Allianz bzw. die Betreuungsperson(en) umfassend in die Bedienung, die Anwendung und die Pflege der Hilfsmittel zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten einzuweisen. Die Beratungen und Einweisungen/Schulungen richten sich nach den individuellen Erfordernissen. Sie sind zu dokumentieren und auf Verlangen der KKH-Allianz nachzuweisen. Im stationären Bereich setzt sie zudem den Wunsch bzw. das Einverständnis des behandelnden Arztes bzw. des Versicherten voraus.

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 (Anlage 8: „Muster Dokumentation Beratung n. § 127 Abs. 5 S. 1 u. 2 SGB V und Anlage 9: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V) ; 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.

Die hilfsmittelbezogene Beratung soll zum Inhalt haben:

Postoperativ / zur Entlassung

- Abstimmung mit Arzt / Versicherten über die zum Einsatz kommenden Produkte
- Schulung in die Handhabung
- Lieferung der Erstausrüstung
- Gebrauchsschulung des Patienten / Angehörigen (Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma)
- Beratung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Familie, Freizeit Beruf

Häuslichkeit / Pflegeheim

- Wiederholung bzw. Einweisung und Schulung des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder des Pflegepersonals ambulanter/ voll- oder teilstationären Pflegebereiche im Handling der zum Einsatz kommenden Produkte

- Pflege- und Hygienemaßnahmen am Tracheostoma
 - die "richtige" Inhalation
 - die "richtige" Absaugung
 - der "richtige" Kanülenwechsel
 - die "richtige" Reinigung der Kanüle
- Versorgungswechsel
- Bedarfsfeststellungen

§ 9

Medizinisch / technische (Mindest-) Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

- (1) Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG entsprechen (CE-Zertifizierung). Zur Versorgung Tracheotomierter/Laryngektomierter mit Hilfsmitteln gelten die Qualitätsstandards der Produktgruppen 01 "Absauggeräte", der Produktgruppe 12 "Hilfsmittel bei Tracheostoma", der Produktgruppe 14 "Inhalations- und Atemgeräte sowie der Produktgruppe 27 "Sprechhilfen" des Hilfsmittelverzeichnisses der Spitzenverbände der Krankenkasse gemäß §139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit über die vereinbarte Vertragslaufzeit erfüllt werden. Art und Umfang der Versorgung mit Hilfsmitteln richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat (§§ 12 und 70 SGB V). Die Art, Menge und Verwendungsdauer richten sich nach den Herstellerhinweisen.
- (3) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Die Auswahl des Einzelproduktes erfolgt in der Regel vom Leistungserbringer. Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt verordnet entbindet das den Leistungserbringer und die KKH-Allianz nicht nach § 12 SGB V, die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt zu prüfen. Die KKH-Allianz kann durch den MD beratend prüfen lassen, ob das Produkt / die Menge medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes trifft auf Basis des MD-Gutachtens die KKH-Allianz. Der Leistungserbringer darf in diesem Fall eine Belieferung - unter Berücksichtigung der weiteren vertraglichen Regelungen - mit dem erforderlichen Hilfsmittel in der erforderlichen Menge nicht ablehnen.
- (4) Es erfolgt ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz.

§ 10

Personelle und fachliche (Mindest-) Anforderungen

- (1) Zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten setzt der Leistungserbringer ausschließlich Personen ein, die über eine der folgenden Qualifikationen verfügen:

- Exami nierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn, bzw.
- Exami nierte KinderkrankenpflegerIn,
- Exami nierte Krankenschwester oder examinierten AltenpflegerIn
- Staatlich anerkannte Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn

Die Personen sind als Medizinprodukteberater lt. Medizinproduktegesetz weitergebildet. Durch erfolgreiche Teilnahme an fachspezifischen Weiterbildungen erfolgt die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Schwerpunkte liegen dabei in den aufgeführten Schulungsinhalten:

- Medizinisch - wissenschaftliche Grundlagenlehre
- Inhalte und Standards der Tracheostomaversorgung
- Handhabung der Produkte im Bereich der Tracheostomaversorgung
- Fachliche Informationsvermittlung

- (2) Die Auftragsannahme kann durch weiteres Personal erfolgen. Die Anforderungen an das Personal finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

- (3) Leistungserbringer, die invasiv beatmete Tracheotomierte versorgen, beschäftigen darüber hinaus mindestens eine(n) MitarbeiterIn (in Vollzeit), der neben der in Abs.1 aufgeführten Qualifikation über eine der Weiterbildungen / Qualifikationen verfügt²:

- Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung
- Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie und Intensivpflege
- mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinischen Beatmung)

²s. S2 - Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz - Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

Abweichend kann die Zusatzqualifikation auch durch einen strukturierten Kurs zur Beatmungspflege erworben werden. Diese Kurse müssen von der AGH anerkannt sein und werden auf der Homepage der AGH aufgeführt.

- (4) Die als Anlage: "Eigenerklärung / -nachweis über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen gemäß § 10 des Vertrages" beigefügte Erklärung ist vom Leistungserbringer zu unterschreiben.

§ 11

Vergütung

- (1) Die Vergütungspauschalen können für jeden begonnen Versorgungsmonat (Kalendermonat) nur einmal berechnet werden. Entfällt der Leistungsanspruch des Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat (z. B. stationäre Behandlung) berechnet der Leistungserbringer diesen Monat nicht. Teilmonate führen zu keiner Reduzierung der Vergütungspauschale. Der Leistungserbringer berechnet für den Teilmonat die volle Vergütungspauschale. Kalendermonate, in denen keine Lieferung erfolgt, da der Versicherte noch ausreichend Produkte besitzt, werden ebenfalls mit der vollen Pauschale vergütet.
- (2) Die Höhe der Vergütungspauschalen ergeben sich aus dem Anhang 1 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, unbeatmet", Anhang 2 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie, beatmet" bzw. Anhang 3 "Vergütungsvereinbarung - Laryngektomie".
- (3) Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage: "Abrechnungsregelung" zur Zahlung fällig.
- (4) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH-Allianz und Bereitstellung der verordneten Hilfsmittel beim Versicherten, sofern in § 7 keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen.
- (5) Die KKH-Allianz ist zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, wenn eine Anspruchsberechtigung des Versicherten besteht. Eine Anspruchsberechtigung besteht

nicht, wenn die Versicherung bei der KKH-Allianz oder die medizinischen Voraussetzungen nicht mehr bestehen. Der Vergütungsanspruch endet mit dem Kalendermonat, in dem die Versorgung (Wegfall der medizinischen Notwendigkeit, Leistungserbringerwechsel oder Ende der Versicherung) endet.

Abweichend hierzu besteht bei der erstmaligen Versorgung des Versicherten ein Anspruch auf die Vergütungspauschale für 2 Kalendermonate. Endet der leistungsrechtliche Anspruch vor Ablauf der 2 Kalendermonate, so führt dieses zu keiner Kürzung der Vergütung.

- (6) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

- (7) 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 der KKH-Allianz 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-Allianz die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt und die Aufklärung in geeigneter Form zu dokumentieren. Auf Verlangen der KKH-Allianz hat der Leistungserbringer die Anforderung der Mehrleistung und die Vornahme der Aufklärung über die Kostenpflichtigkeit nachzuweisen.

- (8) Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütungspauschalen sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen gemäß § 5 abgegolten.

§ 12

Abrechnung

- (1) Eine Vergütungspauschale ist nach Ablauf des Versorgungszeitraums (Kalendermonat/-monate) sofort abrechenbar. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Erstversorgung/Erstlieferung

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

Folgeversorgung

- Empfangsbestätigung des Versicherten; Anmerkung: Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL, Versendungsnummer etc.) zulässig.
- Kalendermonate, in denen keine Lieferung erfolgte, da der Versicherte noch ausreichend Produkte besitzt, werden ebenfalls mit der vollen Folgevergütungspauschale vergütet. In den Fällen ist eine Kopie des letzten Liefernachweises zur Abrechnung einzureichen.

- (2) Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:

- 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe"
- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Einzelpreis
- Gesamtpreis
- Anzahl der zuzahlungspflichtigen Monate,
- Zuzahlung

Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung und der Anlage: "Abrechnungsregelung".

§ 13

Statistiken

Der Leistungserbringer verpflichtet sich nachstehende Statistikdaten im Rahmen der zu Lasten der KKH-Allianz durchgeführten Versorgungsfälle der KKH-Allianz 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-Allianz mit folgenden Daten:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Liefermenge je 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (je Kalenderjahr)

§ 14

Wettbewerb und Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen zu beschränken und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der KKH-Allianz beziehen.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig.
- (4) Es gelten die im Kodex "Medizinprodukte" der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed im Mai 1997 niedergelegten Verhaltensregeln.
- (5) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

§ 15

Datenschutz

- (1) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden. Der Leistungserbringer bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit diese zur Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter sowie eventuelle beauftragte Dritte zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und deren Beachtung sicherzustellen. Die §§ 35 und 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85 a SGB X sind zu beachten.
- (4) Der Leistungserbringer hat sämtliche ihm zur Kenntnis gelangten personenbezogenen und -bezieharen (Sozial-) Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vollständig zu löschen.
- (5) Die Benennung der KKH-Allianz als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH-Allianz gestattet.
- (6) Die als Anlage: "Erklärung über die Einhaltung der Bundes- und Sozialdatenschutzgesetze" beigefügte Erklärung über die Gewährleistung der Einhaltung der Bundes- und Sozialdatenschutzgesetze ist vom Leistungserbringer zu unterschreiben.

§ 16

Folgen bei Vertragsverstößen

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer seine Vertragspflichten nicht oder fügt er der KKH-Allianz in sonstiger Weise Schaden zu, so kann ihn die KKH-Allianz unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen.

Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen ist der KKH-Allianz berechtigt, den Vertrag nach vorheriger schriftlicher Abmahnung aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß gilt insbesondere:

- Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen
- Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 12

- (2) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die KKH-Allianz - nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers - 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-Allianz ebenfalls entzogen werden. Bei Auftragsentzug hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung sowie eine Verwaltungskostengebühr in Höhe von 50,00 € zu tragen. Abs. 2 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH-Allianz nach Rechnungsstellung zu begleichen.

- (3) Reicht der Versicherte aufgrund von Vertragsverstößen des Leistungserbringers im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung bei der KKH-Allianz eine schriftliche Beschwerde ein, so wird eine Bearbeitungsgebühr pro Beschwerde in Höhe von 50,00 € fällig, es sei denn, die Beschwerde beruht nicht auf einer Vertragsverletzung des Leistungserbringers oder der Leistungserbringer hat die Vertragsverletzung nicht zu vertreten. Die Kosten sind der KKH-Allianz nach Rechnungsstellung zu begleichen.

§ 17

Insolvenz des Leistungserbringers

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

§ 18

Abtretung / Aufrechnung

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

§ 19

Vertragsbeginn und Laufzeit

- (1) Der Vertrag tritt am 01.10.2011 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die KKH-Allianz alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Vereinbarungen über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln bei Tracheostoma außer Kraft.
- (3) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2013, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.

- (4) Der Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung nach § 71 Abs. 4 SGB V.
- (5) Diese Vereinbarung gilt für alle ab dem 01.10.2011 abgegebenen Hilfsmittel zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten, soweit sie nicht von einer bereits genehmigten Versorgung erfasst sind.

§ 20

Sonderkündigungsrecht

- (1) Die KKH-Allianz ist überdies zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn: die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 1 bis 4 dieses Vertrages nicht mehr gegeben sind.
- (2) Die KKH-Allianz hat ein Sonderkündigungsrecht für den Fall, dass sie mit einer anderen Krankenkasse fusioniert. Die Kündigung kann ausschließlich innerhalb einer Ausübungsfrist von 6 Monaten ab Wirksamwerden der Fusion erklärt werden. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Monate zum Monatsende. Schadenersatzansprüche des Leistungserbringers wegen der Ausübung dieses Sonderkündigungsrechtes bestehen nicht.
- (3) Die KKH-Allianz kann vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn über das Vermögen des Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrags dadurch in Frage gestellt ist, dass er seine Zahlungen nicht nur vorübergehend einstellt.

§ 21

Schriftform

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

§ 22

Salvatorische Klausel

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

Ort, Datum

Leistungserbringer

Ort, Datum

KKH-Allianz

Anlage 1 „Übermittlung Kostenvoranschlag“

1. Notwendige Inhalte des KVA

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

- (1) Name, Anschrift, Telefonnummer (Ansprechpartner) und IK des Leistungserbringers,
- (2) Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise*: Anschrift des Versicherten),
- (3) der festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe"
- (4) die entsprechende Abrechnungspositionsnummer,
- (5) Versorgungszeitraum (von TT.MM.JJ / bis TT.MM.JJ)
- (6) Anlage - vertragsärztlichen Verordnung (Kopie der Vorder- und Rückseite ist ausreichend).

2. Beschreibung des Übermittlungsverfahrens

2.1 Übermittlung per elektronischen Kostenvoranschlag (eKV):

Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit, den Kostenvoranschlag in elektronischer Form (eKV) zu übermitteln. Der Leistungserbringer hat die Möglichkeit der Teilnahme; eine Pflicht zur Teilnahme an einem Verfahren mit elektronischen Kostenvoranschlag besteht jedoch nicht.

Die Übermittlung des Kostenvoranschlags durch den Leistungserbringer soll vorrangig auf elektronischem Weg erfolgen. Die KKH nutzt für die Übermittlung der eKV-Daten Daten-dienstleistungsfirmen. Diese Unternehmen nehmen die Daten der Leistungserbringer an, bereiten diese

auf und leiten sie an die KKH weiter. Die Entscheidungsdaten werden ebenfalls auf diesem elektronischen Weg zurückübermittelt.

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

medicomp

Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH

Hoheloogstr. 14
67065 Ludwigshafen

Telefon: 0621 671 782 79
E-Mail: support@medicomp.de
Internet: www.medicomp.de

und

optadata.com GmbH

Leimkugelstr. 13
45141 Essen

Telefon: 0201 890 64 640
E-Mail: support@egeko.com
Internet: www.egeko.com

und

HMM Deutschland GmbH

Eurotec-Ring 10
47445 Moers

Telefon: 0800 8882500
E-Mail: support@hmmdeutschland.de
Internet: www.hmmdeutschland.de

und

azh Abrechnungs- und IT-Dienstleistungszentrum für Heilberufe GmbH

Einsteinring 41-43
85609 Aschheim bei München

Telefon: 0 89 9 21 08 - 3 33
E-Mail: info@azh.de
Internet: www.azh.de

und

VSA Verrechnungsstelle der Süddeutschen Apotheken GmbH

Tomannweg 6
81673 München

Telefon: 089 / 43 184 184
E-Mail: service@vsa.de
Internet: www.vsa.de

Achtung: eKV-Dienstleistung ausschließlich für Apotheken!

und

CURA SAN GmbH

Dellplatz 17 - 19
47051 Duisburg

Telefon 0203 29856-0
E-Mail: info@cura-san.de
Internet: www.cura-san.de

Achtung: eKV-Dienstleistung ausschließlich für Mitglieder des Cura-San Gesundheitsverbundes!

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

2.2 Übermittlung per Papierversion:

Kostenvoranschläge (KVA) sind per Post / per Fax mit folgenden Maßgaben an die KKH zu übermitteln:

- Der KVA als auch die vertragsärztliche Verordnung (Kopie der Vorder- und Rückseite ist ausreichend) sind an eines der beiden Hilfsmittelzentren der KKH zu senden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren leitet sich aus dem Wohnort des Versicherten (Postleitzahl) ab und ergibt sich aus der Übersicht der Anlage: "Datenübermittlung / Zuständige Stelle".
- Eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen und Verordnungen per E-Mail ist grundsätzlich unzulässig. Dies mit Rücksicht darauf, dass es sich bei den gesendeten Informationen um Sozialdaten handelt und das damit verbundene Risiko / den damit verbundenen Aufwand. Für den Fall, dass eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen per E-Mail erfolgen soll, bedarf dies einer vorherigen gesonderten schriftlichen Vereinbarung mit der KKH. Für diesen Fall ist eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende gängige Verschlüsselungsmethode zu verwenden.

Anlage 2 "Inhalte der Vergütungspauschalen"

Produktgruppe Positions-Nr./ Produktart	Produktgruppenbezeichnung / Produktbezeichnung	Art der Versorgung			
		Tracheotomierte ohne Beatmung	Tracheotomierte mit Beatmung	Laryngektomierte mit Stimmprothese	Laryngektomie ohne Stimmprothese
PG 01	Absauggeräte				
01.24.01.0/1 bzw 01.24.02.0/1	stationäres oder/und mobiles Absauggerät / Sekret-Absauggeräte mit geringer oder normaler Saugleistung ¹	x	x	x	x
01.99.01.0	Absaugkatheter	x	x	x	x
01.99.01.1	Absaugrohre für Laryngektomierte	-	-	x	x
01.99.01.3	Sonstiges Zubehör	x	x	x	x
01.99.01.3001	Abrechnungsposition für Fingertip	x	x	x	x
01.99.01.4	geschlossene Absaugsysteme	-	x	-	-
01.99.99.0001	Abrechnungsposition für Schläuche	x	x	x	x
01.99.99.0002	Abrechnungsposition für Bakterienfilter	x	x	x	x
PG 12	Hilfsmittel bei Tracheostoma				
12.24.01- 06	Kanülen ²	x	x	x	x
12.24.07	Schutzzubehör bei Tracheostoma				
12.24.07.4	Partikelfilter	x	x	x	x
12.24.07.6/8	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher (künstliche Nasen / HME) z. B. 12.24.07.6001/6004, 6006 bis 6009 ohne (bei Beatmung): 12.24.07.6002/6003 und 6005	x	x	x	x
	HME-Filter-Kassetten (z. B. 12.24.07.6037, 12.24.07.4010)	-	-	x	x
12.24.07.7	Wasserschutz (Wassertherapiegerät)	-	-	-	-
12.24.09	Schutzzubehör bei Tracheostoma bei Beatmung³				
12.24.09.0	Partikelfilter bei Beatmung	-	-	-	-
12.24.09.1	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher bei Beatmung (HME)	-	-	-	-

12.24.09.2	Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher mit Filterwirkung bei Beatmung (HME)	-	-	-	-
12.99.99	Abrechnungspositionen für Tracheostoma				
12.99.99.0001	Abstandhalter	x	x	x	x
12.99.99.0003	Konnektoren, Adapter	x	x	x	x
12.99.99.0004	Riechschläuche	-	-	x	x
12.99.99.0005	Sprechventile	x	x	-	-
12.99.99.0007	Borkenpinzetten	-	-	x	x
12.99.99.0011	Ersatzgitter	x	x	x	x
12.99.99.0012	Trachealspreizer	x	x	x	x
12.99.99.0013	Mechanische Cuffdruck-Messgeräte	x	x	-	-
12.99.99.0014	Lätzchen	x	x	x	x
12.99.99.0015	Tücher	x	x	x	x
12.99.99.0016	Rollis	x	x	x	x
12.99.99.0017	Schals	x	x	x	x
12.99.99.0018	Duschschutz	x	x	x	x
12.99.99.1001	Trachealkompressen	x	x	x	x
12.99.99.1002	Tracheostoma-Öl (oder Gleitgel TrachJell)	x	x	-	-
12.99.99.1003	Silikonspray	x	x	x	x
12.99.99.1004	Einmal-Innenkanülen für Beatmungskanülen	x	x	-	-
12.99.99.1005	Spezialreinigungstücher	x	x	x	x
12.99.99.1007	Feuchtigkeitsschutz	x	x	x	x
12.99.99.1008	Kanülentragebänder	x	x	x	x
12.99.99.1009	Kleberinge und Basisplatten zur Adaption von Filtern / Sprechventilen	-	-	x	x
12.99.99.1010	Hautkleber	-	-	x	x
12.99.99.1011	Filtermaterial zu Partikelfiltern	x	x	x	x
12.99.99.1012	Filtermaterial zu Wärme-Feuchtigkeitsaustauschern (HME / HMEF)	x	x	-	-
12.99.99.1013	Trachealkanülenreinigungsbürsten	x	x	x	x
12.99.99.1014	Spritzen	x	x	-	-

12.99.99.2001	Siebung von Trachealkanülen	x	x	x	x
12.99.99.2002	Fensterung von Trachealinnenkanülen	x	x	x	x
12.99.99.2003	Kürzen von Trachealkanülen	x	x	x	x
12.99.99.2004	Wiederaufbereitung von Silberkanülen	x	-	x	x
PG 14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte⁴				
14.24.01/02.0	Inhaliergerät ⁵ (inkl. Zubehör)	x	x	x	x
14.99.99.1039	Gänsegurgel / Tubusverlängerung	-	-	-	-
PG 27	Sprechhilfen⁶				
27.17.01.0	Sprachschallverstärker	-	-	x	x
27.17.02	Tonerzeuger ohne Intonationsmöglichkeit	-	-	-	x
27.17.03	Tonerzeuger mit Intonationsmöglichkeit	-	-	-	x
27.99.99.1001	Reinigungsartikel für Shuntventile	-	-	x	-
27.99.99.1010	Verschlusssysteme für Shuntventile	-	-	x	-
27.99.99.1020	Filter für Shuntventile	-	-	x	-
27.99.99.1030	Dichtringe für Shuntventile	-	-	-	-

Grundsätzliches

Die Menge richtet sich nach den Herstellerempfehlungen bzw. den Empfehlungen des Bundesverband Medizintechnologie e. V (BVMed).

¹ Bestandteil der Versorgung, sofern der Versicherte nicht bereits mit einem geeigneten Hilfsmittel versorgt ist.

² inkl. Reservekanüle in gleicher Größe; auch in Sonder- und Maßanfertigungen sowie stets eine kleinere Kanüle in Reserve. Die Verweildauer aller Kanülen richtet sich nach den Herstellerempfehlungen bzw. den Empfehlungen des Bundesverband Medizintechnologie e. V (BVMed).

³ ist nicht Bestandteil der Pauschale

⁴ Zur Versorgung von beatmeten Patienten gehören nicht Hilfsmittel, Zubehör und Verbrauchsmaterialien für die Beatmung an sich (z. B. Medikamentenvernebler bei invasiver Beatmung über das Schlauchsystem: "Aeroneb Solo" oder "Aeroneb Pro" der Fa. Aerogen bzw. "Multisonic-InfraControl" der Fa. Schill Medizintechnik). Die Pauschale umfasst bis einschließlich Trachealkanüle inkl. künstlicher Nase.

⁵ Bestandteil der Versorgung, sofern der Versicherte nicht bereits mit einem geeigneten Hilfsmittel versorgt ist.

⁶ Die Stimmprothesen/Shuntventile sind nicht Bestandteil der Pauschale.

Anlage 3 "Abrechnungsregelung"

Abrechnungsmodalitäten

Grundsätzliches

Eine Vergütungspauschale ist nach Ablauf des Versorgungszeitraums (Kalendermonat/-monate) sofort abrechenbar. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

Erstversorgung/Erstlieferung

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

Folgeversorgung

- Empfangsbestätigung des Versicherten; Anmerkung: Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL, Versendungsnummer etc.) zulässig.
- Kalendermonate, in denen keine Lieferung erfolgte, da der Versicherte noch ausreichend Produkte besitzt, werden ebenfalls mit der vollen Folgevergütungspauschale vergütet. In den Fällen ist eine Kopie des letzten Liefernachweises zur Abrechnung einzureichen.

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

- 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe"
- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Einzelpreis
- Gesamtpreis
- Anzahl der zuzahlungspflichtigen Monate,
- Zuzahlung

Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

Rechungslegung/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,
- Urbelege (wie Ordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original, Kopie der Verordnung bei Folgeversorgung)

- Genehmigungsschreiben der KKH-Allianz, bei Erstversorgung im Original
 - Lieferschein,
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung)
 - Angabe der Verwaltungsnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen
- (2) Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH-Allianz 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-Allianz gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH-Allianz dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
- (3) Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH-Allianz die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.
- (4) Jeder neue Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der KKH-Allianz, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- (5) Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH-Allianz 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-Allianz ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH-Allianz dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH-Allianz dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Anlage: "Datenübermittlung zuständige Stelle"
- (7) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

- (8) Die Rechnungslegung erfolgt je Leistungserbringer für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH-Allianz 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) einmal im Monat an die von der KKH-Allianz 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-Allianz 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 Leistungserbringer trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:
- IK des Leistungserbringer (§ 1),
 - vereinbarte 10-stellige Abrechnungspositionsnummer sowie Menge der abgegebenen Leistung,
 - Rechnungs- und Belegnummer,
 - 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:
- 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-Allianz zurückgewiesen werden.

- (15) Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Leistungserbringern insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- (16) 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.
- (17) Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Abrechnungspositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.
- (18) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH-Allianz dem Leistungserbringer 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-Allianz 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-Allianz. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:
 - Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
 - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- (19) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH-Allianz zurückweisen.
- (20) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die KKH-Allianz unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH-Allianz ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.
- (21) Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

- (22) Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (23) Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH-Allianz mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH-Allianz durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH-Allianz an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (24) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH-Allianz vorzulegen.
- (25) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH-Allianz eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/ sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jede Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH-Allianz verwendet.
- (2) Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), hat 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 Leistungserbringer 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-Allianz oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (6) Das gegenüber der KKH-Allianz verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH-Allianz erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
- (7) Das IK des Leistungserbringern ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH-Allianz abgewiesen.
- (8) Die unter dem gegenüber der KKH-Allianz verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH-Allianz. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH-Allianz bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

Anlage 4 "Datenübermittlung / Zuständige Stelle"

1. Abrechnungen nach § 302 SGB V

Die Abrechnungen gemäß Anlage 3 („Abrechnungsregelung“)
hier: Rechnungslegung Absatz 10, gemäß § 302 SGB V sind unter folgender Anschrift
einzureichen:

KKH-Allianz
c/o Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen
Telefonnummer des Kundenservice:
0 76 41.92 01-0

2. Versorgungen, die nur nach Zustimmung/Genehmigung der KKH-Allianz abzurechnen sind

Versorgungen, die genehmigungspflichtig sind, bzw. der Zustimmung der KKH-Allianz
bedürfen, sind in den Hilfsmittelzentren vorzulegen:

KKH-Allianz
Hilfsmittelzentrum Bremen
Postfach 10 41 65
28041 Bremen
Telefon: 04 21.1 63 395 - 1012
Fax: 04 21.1 63 395-55 99

KKH-Allianz
Hilfsmittelzentrum Gera
Postfach 2201
07512 Gera
Telefon: 03 65.5 52 86-0
Fax: 03 65.5 52 86-22 99

Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnort des Versicherten und ergibt sich aus der
folgenden Abgrenzung der Postleitzahlen:

Anlage 5 "Eigennachweis der Eignung zur Versorgung von Tracheotomierter oder/und Laryngektomierter"

Möglichkeit 1:

☐ Ich/wir erkläre/n, dass wir die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Bestätigung einer geeigneten Stelle gemäß § 126 Absatz 1 a SGB V

.....
Angabe der Präqualifizierungsstelle

vom

ist beigefügt.

Die Angaben sind vollständig und richtig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Möglichkeit 2:

☐ Ich/wir erkläre/n, dass wir die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Bestätigung durch eine geeignete Stelle gemäß § 126 Absatz 1 a SGB V

.....
Angabe der Präqualifizierungsstelle

wurde am

beantragt. Die Bestätigung der Antragstellung sowie eine Kopie der "Altzulassung" gemäß § 126 SGB V a. F. ist beigelegt. Die Bestätigung nach § 126 Abs. 1 a SGB V der o. g. Präqualifizierungsstelle wird nachgereicht.

Die Angaben sind vollständig und richtig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

Anlage 6 "Eigenerklärung / -nachweis über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen gemäß § 10 des Vertrages"

☐ Ich/wir erkläre/n, dass zur hilfsmittelbezogenen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten ausschließlich Personen eingesetzt werden, die über eine der folgenden Qualifikationen verfügen:

- Examierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn, bzw.
- Examierte KinderkrankenpflegerIn,
- Examierte Krankenschwester oder examinierte AltenpflegerIn,
- Staatlich anerkannte Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn.

Die Personen sind als Medizinprodukteberater lt. Medizinproduktegesetz weitergebildet. Durch erfolgreiche Teilnahme an fachspezifischen Weiterbildungen erfolgt die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Schwerpunkte liegen dabei in den aufgeführten Schulungsinhalten:

- Medizinisch - wissenschaftliche Grundlagenlehre
- Inhalte und Standards der Tracheostomaversorgung
- Handhabung der Produkte im Bereich der Tracheostomaversorgung
- Fachliche Informationsvermittlung

☐¹ Ich/wir erkläre/n, dass wir mindestens eine(n) MitarbeiterIn (in Vollzeit) beschäftigen, der/die neben der o. g. Qualifikation über eine der nachstehenden Weiterbildungen / Qualifikationen verfügt:

- Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung
- Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie und Intensivpflege
- mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung)

- Die Zusatzqualifikation wurde abweichend durch einen strukturierten Kurs zur Beatmungspflege erworben. Dieser Kurs wurde von der AGH anerkannt.

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

Ein Nachweis über die Weiterbildung / Qualifikation ist in Kopie beigelegt. Die Angaben sind vollständig und richtig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers

¹ nur auszufüllen bei Vertragsabschluss des Anhangs 2 "Vergütungsvereinbarung Tracheotomie (beatmet)"

Anlage 7 "Erklärung über die Einhaltung der Bundes- und Sozialdatenschutz-
gesetze"

Erklärung

Hiermit erklären wir in unserem Betrieb im Rahmen der Durchführung des Vertrages mit der KKH-Allianz die Einhaltung der jeweils geltenden Bundes- und Sozialdatenschutzgesetz sicherzustellen.

Mit der Leistungsdurchführung befasste Mitarbeiter und / oder Unterauftragnehmer werden von uns entsprechend verpflichtet.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift und Stempel

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

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

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat ☐ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anhang 1 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie (unbeatmet)"

**Vergütungsvereinbarung über die Versorgung
Tracheotomierter (unbeatmet)**

Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS):

19 99 B12

**§ 1
Grundsätzliches**

Es gelten die Regelungen des Rahmenvertrages mit seinen Anlagen.

**§ 2
Preise**

(1) Die Vergütung für die Versorgung Tracheotomierter¹ (unbeatmet) erfolgt gemäß § 11 des Rahmenvertrages als Vergütungspauschale. Die Vergütung für die Versorgung Tracheotomierter, die sich im Wachkoma befinden, erfolgt ebenfalls gemäß § 11 des Rahmenvertrages als Vergütungspauschale.

(2) Die Vergütungspauschalen betragen:

Tracheotomierte, unbeatmet

Abrechnungs- positions-Nr.	KZ HIMI	Bezeichnung	Versorgungs- zeitraum	Pauschale in Euro (netto)	Zuzah- lung
12.00.99.1001	08	Erstvergütung	1.+2. Kalendermonat	660,00	20,00 €
12.00.99.1002	09	Folgevergütung	ab 3. Kalendermonat	330,00	10,00 €

Tracheotomierte, unbeatmet (Wachkoma)

Abrechnungs- positions-Nr.	KZ HIMI	Bezeichnung	Versorgungs- zeitraum	Pauschale in Euro (netto)	Zuzah- lung
12.00.99.1003	08	Erstvergütung	1.+2. Kalendermonat	840,00 €	20,00 €
12.00.99.1004	09	Folgevergütung	ab 3. Kalendermonat	420,00 €	10,00 €

¹ Die Versorgung von Kindern bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ist nicht Bestandteil des Vertrages.

§ 3
Dauer der Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2011 in Kraft. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2013, ohne Angabe von Gründen, gekündigt werden.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für alle ab dem 01.10.2011 abgegebenen Hilfsmittel zur Versorgung Tracheotomierter, soweit sie nicht von einer bereits genehmigten Versorgung erfasst sind.

Ort, Datum

Leistungserbringer

Ort, Datum

KKH-Allianz

Anhang 2 "Vergütungsvereinbarung - Tracheotomie (beatmet)"

Vergütungsvereinbarung über die Versorgung Tracheotomierter (beatmet)

Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS):

19 99 B13

§ 1 Grundsätzliches

Es gelten die Regelungen des Rahmenvertrages mit seinen Anlagen.

§ 2 Preise

- (1) Die Vergütung für die Versorgung Tracheotomierter¹ (beatmet) erfolgt gemäß § 11 des Rahmenvertrages als Vergütungspauschale.
- (2) Die Vergütungspauschalen betragen:

Tracheotomierte, beatmet²

Abrechnungs- positions-Nr.	KZ HIMI	Bezeichnung	Versorgungszeitraum	Pauschale in Euro (netto)	Zuzah- lung
12.00.99.2001	08	Erstvergütung	1.+2. Kalendermonat	660,00 €	20,00 €
12.00.99.2002	09	Folgevergütung	ab 3. Kalendermonat	330,00 €	10,00 €

¹ Die Versorgung von Kindern bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ist nicht Bestandteil des Vertrages.

² invasive Beatmung über eine Trachealkanüle

§ 3
Dauer der Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2011 in Kraft. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2013, ohne Angabe von Gründen, gekündigt werden.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für alle ab dem 01.10.2011 abgegebenen Hilfsmittel zur Versorgung Tracheotomierter (beatmet), soweit sie nicht von einer bereits genehmigten Versorgung erfasst sind.

Ort, Datum

Leistungserbringer

Ort, Datum

KKH-Allianz

Anhang 3 "Vergütungsvereinbarung - Laryngektomie"

Vergütungsvereinbarung über die Versorgung Laryngektomierter

Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS):

19 99 B14

§ 1 Grundsätzliches

Es gelten die Regelungen des Rahmenvertrages mit seinen Anlagen.

§ 2 Preise

(1) Die Vergütung für die Versorgung Laryngektomierter¹ erfolgt gemäß § 11 des Rahmenvertrages als Vergütungspauschale.

(2) Die Vergütungspauschalen betragen:

Laryngektomierte ohne Stimmprothesenversorgung

Abrechnungs- positions-Nr.	KZ HIMI	Bezeichnung	Versorgungszeit- raum	Pauschale in Euro (netto)	Zuzah- lung
12.00.99.3001	08	Erstvergütung	1.+2. Kalendermonat	540,00 €	20,00 €
12.00.99.3002	09	Folgevergütung	ab 3. Kalendermonat	270,00 €	10,00 €

Laryngektomierte mit Stimmprothesenversorgung

Abrechnungs- positions-Nr.	KZ HIMI	Bezeichnung	Versorgungszeit- raum	Pauschale in Euro (netto)	Zuzah- lung
12.00.99.3003	08	Erstvergütung	1.+2. Kalendermonat	660,00 €	20,00 €
12.00.99.3004	09	Folgevergütung	ab 3. Kalendermonat	330,00 €	10,00 €

¹ Die Versorgung von Kindern bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ist nicht Bestandteil des Vertrages.

§ 3
Dauer der Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2011 in Kraft. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2013, ohne Angabe von Gründen, gekündigt werden.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für alle ab dem 01.10.2011 abgegebenen Hilfsmittel zur Versorgung Laryngektomierter, soweit sie nicht von einer bereits genehmigten Versorgung erfasst sind.

Ort, Datum

Leistungserbringer

Ort, Datum

KKH-Allianz