

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.03.2026 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigegefügte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt¹ 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 beigegefügt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

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

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

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Tatic
(E-Mail: magdalena.tatic@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3111) 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

Hier: Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten (Beitrittsvertrag C)

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 Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung, nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum

**Rahmenvereinbarung zur Hilfsmittelversorgung von
Tracheotomierten und Laryngektomierten (Beitrittsvertrag C)****Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 XXX****Leistungserbringer**

Name und ggf. Rechtsform: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Telefon/Fax: _____
Ansprechpartner: _____
IK: _____

Erklärung:

1. Wir erklären hiermit den Beitritt zu dem o. g. Vertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V. Der Beitritt wird nach positiver Prüfung der eingereichten Unterlagen mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam. *[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]*
2. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie beigelegt.

Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V). Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgung 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. Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, 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.
5. Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvertrag
gemäß
§ 127 Abs. 2 SGB V
über die Hilfsmittelversorgung von Tracheotomierten und
Laryngektomierten

zwischen

- nachfolgend Leistungserbringer -

und

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

- nachfolgend KKH -

Leistungserbringergruppenschlüssel

§ 1**Gegenstand des Vertrages**

Gegenstand des Vertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung von Tracheotomierten und / oder Laryngektomierten der KKH 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

Anlage 1	Preisvereinbarung (Stand: 01.03.2026)
Anlage 2	Inhalte der Vergütungspauschalen
Anlage 3	Abrechnungsregelung
Anlage 4	n. n.
Anlage 5	n.n.
Anlage 6	Eigenerklärung / -nachweis über die personellen und fachlichen Mindestanforderungen gemäß § 10 des Vertrages
Anlage 7	Erklärung über die Einhaltung der Bundes- und Sozialdatenschutzgesetz
Anlage 8	Muster Dokumentation Beratung n. § 127 (5) S. 1 u. 2 SGB V
Anlage 9	Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung n. § 127 (5) S. 5 SGB V“

§ 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**Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Er umfasst die Versorgung der Versicherten der KKH und aller durch die KKH 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 unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (7) Voraussetzung für die Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten mit Hilfsmitteln zu Lasten der KKH 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 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 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 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 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 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 Hilfsmittel-verordnung den von ihm erstellten Kostenvoranschlag (KVA) an die KKH, sofern in § 7 keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen.
- (3) Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen. Die KKH prüft insbesondere das Erfüllen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen und die veranschlagte Pauschale zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten gemäß Anlage 1 „Preisvereinbarung“.
- (4) Die Versorgung / der Genehmigungszeitraum beginnt mit der Übergabe der Hilfsmittel an den Versicherten, frühestens mit dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus.

b) Weiterführung einer laufenden Versorgung

Folgepauschalen bedürfen keiner vorherigen Genehmigung durch die KKH.

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 ab Eingang der Genehmigung beim Leistungserbringer zu erfolgen. Die Genehmigung kann bei eiligen Versorgung von der KKH 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 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 Folgepauschalen (Kennzeichen Hilfsmittel „09“) sind nicht genehmigungspflichtig.

§ 8

Anforderungen an die Beratung des Versicherten

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Versicherten der KKH 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 nachzuweisen. Im stationären Bereich setzt sie zudem den Wunsch bzw. das Einverständnis des behandelnden Arztes bzw. des Versicherten voraus.

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 fach-

lich 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 nicht nach § 12 SGB V, die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt zu prüfen. Die KKH 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. 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 verfügt¹:
- Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung
 - Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie und Intensivpflege
 - mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinischen Beatmung)

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 der Anlage 1 „Preisvereinbarung“.
- (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 und Bereitstellung der verordneten Hilfsmittel beim Versicherten, sofern in § 7 keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen.
- (5) Die KKH ist zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, wenn eine Anspruchsberechtigung des Versicherten besteht. Eine Anspruchsberechtigung besteht nicht, wenn die Versicherung bei der KKH oder die medizinischen Voraussetzungen 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 darüberhinausgehende 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 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.

¹s. S2 - Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz - Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

- (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

- Lieferschein
- 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 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:

- 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 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 als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH 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 in sonstiger Weise Schaden zu, so kann ihn die KKH unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen.

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

Als schwerwiegender Vertragsverstoß gilt insbesondere:

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

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

§ 17**Insolvenz des Leistungserbringers**

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

§ 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 01.03.2026 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss bzw. Beitritt des Vertrages treten für die KKH 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 Monatsende, frühestens zum 30.06.2027, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.

- (4) Der Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung nach § 71 Abs. 4 SGB V.
- (5) Die Anlage 01 „Preisvereinbarung“ (Stand: 01.03.2026) gilt für alle ab dem 01.03.2026 abgegebenen Hilfsmittel zur Versorgung von Tracheotomierten / Laryngektomierten.

§ 20

Sonderkündigungsrecht

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

§ 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

Anlage 01: "Preisvereinbarung" (Stand 01.03.2026)

Übersicht der Vertragspreise¹

Tracheotomierte, unbeatmet

Hilfsmittel-/ Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	KZ HIMI	Versorgungs- zeitraum	Genehmigungs- pflicht	Verordnung	Zuzahlung	Preis (netto)
12.00.99.1001	Erstversorgung	08	1.+ 2. Kalendermonat	ja	ja	20,00 €	693,00 €
12.00.99.1002	Folgeversorgung	09	ab 3. Kalendermonat	nein	nein	10,00 €	346,50 €

Tracheotomierte, unbeatmet (Wachkoma)

Hilfsmittel-/ Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	KZ HIMI	Versorgungs- zeitraum	Genehmigungs- pflicht	Verordnung	Zuzahlung	Preis (netto)
12.00.99.1003	Erstversorgung	08	1.+ 2. Kalendermonat	ja	ja	20,00 €	873,60 €
12.00.99.1004	Folgeversorgung	09	ab 3. Kalendermonat	nein	nein	10,00 €	436,80 €

Tracheotomierte, beatmet²

Hilfsmittel-/ Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	KZ HIMI	Versorgungs- zeitraum	Genehmigungs- pflicht	Verordnung	Zuzahlung	Preis (netto)
12.00.99.2001	Erstversorgung	08	1.+ 2. Kalendermonat	ja	ja	20,00 €	706,20 €
12.00.99.2002	Folgeversorgung	09	ab 3. Kalendermonat	nein	nein	10,00 €	353,10 €

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

² Invasive Beatmung über eine Trachealkanüle

Laryngektomierte ohne Stimmprothesenversorgung

Hilfsmittel-/ Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	KZ HIMI	Versorgungs- zeitraum	Genehmigungs- pflicht	Verordnung	Zuzahlung	Preis (netto)
12.00.99.3001	Erstversorgung	08	1.+ 2. Kalendermonat	ja	ja	20,00 €	561,60 €
12.00.99.3002	Folgeversorgung	09	ab 3. Kalendermonat	nein	nein	10,00 €	280,80 €

Laryngektomierte mit Stimmprothesenversorgung

Hilfsmittel-/ Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	KZ HIMI	Versorgungs- zeitraum	Genehmigungs- pflicht	Verordnung	Zuzahlung	Preis (netto)
12.00.99.3003	Erstversorgung	08	1.+ 2. Kalendermonat	ja	ja	20,00 €	686,40 €
12.00.99.3004	Folgeversorgung	09	ab 3. Kalendermonat	nein	nein	10,00 €	343,20 €

Anlage 2: "Inhalte der Vergütungspauschalen"

Produktgruppe Positions-Nr./ Produktart	Produktgruppenbezeichnung / Produktbezeichnung	Art der				Pauschale Tracheostomaprodukte für laryngectomierte Patienten mit Provox Life*8
		Tracheotomierte ohne Beatmung	Tracheotomierte mit Beatmung	Laryngectomierte mit Stimmprothese	Laryngektomie ohne Stimmprothese	
PG 01	Absauggeräte					
01.24.01.0/1 bzw 01.24.02.0/1	Sekret-Absauggeräte, netzabhängig/netzunabhängig mit geringer oder normaler Saugleistung ¹	x	x	x	x	x
01.99.01.0	Einmal-Absaugkatheter	x	x	x	x	x
01.99.01.1	Absaugrohre für Laryngectomierte und Versorgung mit	-	-	x	x	x
01.99.01.3	Sonstiges Zubehör	x	x	x	x	x
01.99.01.3001	Abrechnungsposition für Fingertip	x	x	x	x	x
01.99.01.4	Geschlossene Absaugsysteme für mindestens 24	-	x	-	-	-
01.99.99.0001	Abrechnungsposition für Schläuche	x	x	x	x	x
01.99.99.0002	Abrechnungsposition für Bakterienfilter	x	x	x	x	x
PG 12	Hilfsmittel bei Tracheostoma					
12.24.01- 07	Kanülen ²	x	x	x	x	x
12.24.10	Hilfsmittel zur Stabilisierung des Tracheostomas			x	x	x
12.24.12.0	Wasserschutz: Duschschutz	x	x	x	x	x
12.24.12.1	Wasserschutz: Wassertherapiegerät	-	-	-	-	-
12.99.01	Hilfsmittel zur Atemgaskonditionierung					
12.99.01.0	Partikelfilter (patientennah)	x	x	x	x	x
12.99.01.1/2	HME/HMEF zur passiven Atemgaskonditionierung bei Spontanatmung	x	x	x	x	x
	Ehemalige Abrechnungspositionen					
12.99.07.0	Abstandhalter für Lätzchen	x	x	x	x	x
12.99.07.1	Konnektoren und Adapter zur Montage an der Kanüle	x	x	x	x	x
12.99.07.2	Riechschläuche	-	-	x	x	x
12.99.04.0	Sprechventile für Tracheotomierte	x	x	-	-	-
12.99.04.1	Sprechventile für Laryngectomierte mit Stimmprothese	-	-	x	x	x
12.99.08.0	Borkenpinzetten	-	-	x	x	x
12.99.08.1	Trachealspreizer	x	x	x	x	x

12.99.10	Cuffdruck-Managementsysteme	x	x	-	-	-
12.99.06	Externes Schutzzubehör	x	x	x	x	x
12.99.07.6	Gleitmittel/Öle und Silikonspray für Trachealkanülen	x	x	x	x	x
12.24.08	Innenkanülen	x	x	-	-	x
12.99.09.0	Spezialreinigungstücher/-vlies	x	x	x	x	x
12.99.99.1007	Feuchtigkeitsschutz	x	x	x	x	x
12.99.07.3/4	Kanülentragebänder	x	x	x	x	x
12.99.03	Modulare Einweg-Systeme (Laryngektomie) (Basisplatten, Kleberinge, Hautkleber)	-	-	x	x	x
12.99.02.1	Filtermaterial für Wärme- Feuchtigkeitstauscher (HME / HMEF)	x	x	-	-	-
12.99.09.1	Trachealkanülenreinigungsbürsten	x	x	x	x	x
12.99.99.1014	Spritzen	x	x	-	-	-
12.99.99.2001	Siebung von Trachealkanülen	x	x	x	x	x
12.99.99.2002	Fensterung von Trachealinnenkanülen	x	x	x	x	x
12.99.99.2003	Kürzen/Verlängern von Trachealkanülen	x	x	x	x	x
12.99.99.2004	Wiederaufbereitung von Silberkanülen	x	-	x	x	-
12.99.99.2005	Sonstige individuelle Anpassungen	x	x	x	x	-
PG 14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte⁴					
14.24.01/02.0	Aerosol-Inhalationsgerätes (inkl. Zubehör)	x	x	x	x	x
14.99.99.1039	Adapterschläuche (Gänsegurgel)	-	-	-	-	-
PG 27	Sprechhilfen⁶					
27.17.01.0	Sprachschallverstärker	-	-	x	x	x
27.17.02	Tonerzeuger ohne Intonationsmöglichkeit	-	-	-	x	-
27.17.03	Tonerzeuger mit Intonationsmöglichkeit	-	-	-	x	x
27.99.99.1001	Reinigungsartikel für Shuntventile	-	-	x	-	x
27.99.99.1010	Verschlussysteme für Shuntventile	-	-	x	-	x
27.99.99.1020	Filter für Shuntventile	-	-	x	-	x
27.99.99.1030	Dichtringe für Shuntventile	-	-	-	-	x

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 (BVM)

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. "Müli")

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

6 Die Stimmprothesen/Shuntventile sind nicht Bestandteil der Pauschale.

7 Die ärztliche Bescheinigung (ergänzende Hinweise zu Muster 16...) ist einmalig beizufügen, wenn der Patient im Rahmen der Erstversorgung, oder erstmalig nach Produktumstellung unter die Vergütungspauschale „Laryngektomie mit EbH**“ fällt

8 Produktpalette mit mindestens 6 unterschiedlichen HME zu situativer Nutzung in den Bereichen: siehe Anlage 13 Kriterien Monatspauschale für evidenzbasierte Produkte

Anlage 03: „Abrechnungsregelung“**Abrechnungsmodalitäten****Grundsätzliches**

Für die Abrechnung gelten die Regelungen des § 12 des Rahmenvertrages. Die Abrechnung erfolgt darüber hinaus nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

(1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Codierblatt,

Verordnung und

ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

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

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

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

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

- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
 - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- (19) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (20) Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.
- (21) Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
- (22) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (23) Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (24) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.
- (25) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Haftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

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

Anlage 06: "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

- ☐ 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

**Anlage 07: "Erklärung über die Einhaltung der Bundes- und Sozialdaten-
schutzgesetze"**

Erklärung

Hiermit erklären wir in unserem Betrieb im Rahmen der Durchführung des Vertrages mit der KKH 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

Anlage 08: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 SGB V“

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

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname_____
Versichertennummer oder Geburtsdatum_____
ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ja ☐Nein ☐_____
Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherte/r*_____
Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 09: „Bestätigung Beratung des Versicherten“**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.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

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.