

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.12.2019 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH zur außerklinischen Beatmung geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

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

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

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

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Matzat
(E-Mail: corinna.matzat@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3115) 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 der Versicherten der KKH zur außerklinischen Beatmung (Beitrittsvertrag A ST SN TH)

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 zur außerklinischen Beatmung nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
zum

**Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung
der Versicherten der KKH zur außerklinischen Beatmung**

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 beigefügt.

Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V). Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen kein Vergütungsanspruch besteht.

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

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

Nachweis

Angaben zur verwendeten Telefonanlage:

Produktbezeichnung:

_____ *[Angabe erforderlich]*

Artikelnummer:

_____ *[Angabe erforderlich]*

Hersteller:

_____ *[Angabe erforderlich]*

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

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline:

_____ *[Angabe erforderlich]*

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

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline für Notdienste:

_____ *[Angabe erforderlich]*

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

Nachweis

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

- Das Angebot der Übernahme des Rezeptmanagements bzw. des Rezeptauftrags für den Versicherten.

Nachweis:

Muster des verwendeten Rezeptauftrags *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- Das Angebot des identischen Produktportfolios, welches in der Anlage 03: „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ gefordert wird. Uns ist bekannt, dass wir weitere 10-steller (im Rahmen der geforderten 6-steller) zum Gegenstand des Vertrages machen können.
- Die Beschäftigung von ausschließlich fachkundigem Personal, welches für die persönliche Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels vom jeweiligen Hersteller nach den Bestimmungen des MPG autorisiert ist. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.
- Die Offenlegung sämtlicher Kooperationen mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten (zutreffendes bitte ankreuzen):

- ja, wir haben Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten geschlossen. Mit den folgenden Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten bestehen laufende Kooperationen:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Die hier gelisteten Kooperationsvereinbarungen fügen wir bei *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*.

- nein, es bestehen keine Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten.

6. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass ein Vergütungsanspruch für die Versorgung nicht besteht, wenn nicht alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Hilfsmittelversorgung
der Versicherten der KKH
zur außerklinischen Beatmung

zwischen

- nachfolgend Leistungserbringer -

und

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

- nachfolgend KKH -

LEGS: _____

Präambel

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

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

Dieser Vertrag wird als Rahmenvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen.

Dem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten.

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

§ 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit Beatmungssystemen (Produktuntergruppen gemäß Hilfsmittelverzeichnis: 14.24.09, 14.24.12 und 14.24.13 alt: 14.24.10, 14.24.11 und 14.24.12) und dem entsprechenden Zubehör und der Verbrauchsmaterialien einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen, wie z. B. Bedarfsfeststellung, Einweisung/Beratung des Versicherten, Lieferung und Montage, Nachlieferung, Durchführung von Reparaturen, Wartungsarbeiten und sicherheitstechnischer Kontrollen sowie Ersatzgestellung während der Wartung / Reparatur auf der Basis von Vertragspreisen.
- (2) Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung (d.h. Einzelauftragserteilung) im Antragsverfahren nach § 6 dieses Rahmenvertrages. Maßgebend für den Leistungsumfang/die Leistungsanforderungen ist neben diesem Rahmenvertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (3) Von diesem Vertrag sind Versicherte ausgenommen, die im Rahmen von § 37 b SGB V an einer speziellen ambulanten Palliativversorgung teilnehmen und in diesem Rahmen mit den vertragsgegenständlichen Produkten versorgt werden.

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 3	Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel
Anlage 4	Abrechnungsregelung
Anlage 5	Datenübermittlung
Anlage 6	Formblatt Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung
Anlage 7	Muster Bestätigung Beratung, Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung
Anlage 8	Muster Protokoll Besuchsprotokoll Beatmung
Anlage 9	Muster Wartungs- und STK-Protokoll
Anlage 10	Muster Rezeptauftrag

§ 3 Geltungsbereich

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

§ 4 Leistungsvoraussetzungen/Prüfrechte

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) sowie die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Der Leistungserbringer nimmt die Pflichten eines Betreibers nach der Medizinproduktebetriebsverordnung in der jeweils gültigen Fassung wahr.
- (2) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine vertragsärztliche Verordnung ("Muster 16") nachzuweisen (vgl. Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL). Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Unklarheiten sind durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu beseitigen.
- (4) Nach den Inhalten des Hilfsmittelverzeichnis besteht die Erforderlichkeit eines Beatmungssystems zur außerklinischen Beatmung bei einer Schädigung des Atmungssystems mit behandlungsbedürftiger, hyperkapnischer, ventilatorischer Insuffizienz
 - bei Störungen des Atemzentrums (z. B. Hirnstamminfarkt, primäre Hypoventilation/Undine Syndrom, traumatischen Hirnschäden, Multiple Sklerose, Syringomyelie),
 - neuromuskulären Erkrankungen (z. B. spinale Muskelatrophie, amyotrophe Lateralsklerose, Postpoliosyndrom, Polyneuroradikulitis, Guillain-Barré-Syndrom, Phrenikusparese, Muskeldystrophien, Polymyositis, Myasthenia gravis pseudoparalytica) oder
 - Schädigungen der Lunge (z. B. COPD, Lungenfibrose, Trachealstenose, Mukoviszidose, Emphysem).

Die Indikation für ein zweites, baugleiches identisches, Beatmungsgerät ist gegeben, wenn der Versicherte mindestens 16 Stunden am Tag beatmet werden muss bzw. bei lebenserhaltender Beatmung (generell). Bei Beantragung eines Zweitgerätes muss die vertragsärztliche Verordnung die Dauer der täglichen Beatmung beinhalten.

- (5) Sofern ein in diesem Rahmenvertrag geregeltes Hilfsmittel in Verbindung mit einem sauerstoffproduzierenden oder -abgebenden Hilfsmittel benutzt wird, hat der Leistungserbringer für den Anschluss dieses Hilfsmittels an das in diesem Rahmenvertrag geregelte Hilfsmittel sowie die für Verfügungsstellung der dafür benötigten Zubehörteile zu sorgen.

- (6) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.
- (7) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Versorgung inkl. Beratung gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ durchzuführen, sind vorzuhalten. Gleiches gilt für die hierfür erforderlichen Ersatz- und Zubehörteile.
- (8) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.
- (9) Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (10) Die KKH ist berechtigt, die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben in geeigneter Weise zu überprüfen. Sie kann hierzu unangemeldete Testversorgungen und Besichtigungen der Betriebsstätten des Leistungserbringers durchführen.
Der Leistungserbringer gestattet der KKH innerhalb der Betriebszeiten den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und die Einsichtnahme in die Nachweise über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentation der erbrachten Leistungen.
Die KKH kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst der Krankenkassen hinzuziehen.
- (11) Die KKH kann die medizinische Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung überprüfen. Mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird der KKH den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Einzelfall beauftragen.
Die KKH kann durch den MDK beratend prüfen lassen, ob das Produkt / die Menge medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes / notwendige Menge trifft auf der Basis des MDK-Gutachtens die KKH. Besteht die medizinische Notwendigkeit für die vertragsgegenständliche Hilfsmittelversorgung im Einzelfall nicht bzw. nicht mehr kann die KKH die erteilte Genehmigung widerrufen. Der Leistungserbringer hat in dem Einzelfall einen Anspruch auf Vergütung längstens bis Ablauf des Kalendermonats, in dem die KKH den Leistungserbringer über den Wegfall der medizinischen Notwendigkeit informiert hat.

§ 5 Auswahl des Hilfsmittels

- (1) Die Auswahl des Hilfsmittels hat entsprechend der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erfolgen. Der Leistungserbringer sorgt während der gesamten Vertragslaufzeit für eine Lieferfähigkeit mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln. Lieferunfähigkeiten sind der KKH unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Hat der Arzt die Versorgung mit einem speziellen Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer o. bezeichnet durch bestimmte Konstruktionsmerkmale, die nur ein bestimmtes Produkt aufweist) verordnet, welches der Leistungserbringer

durch Benennung in der Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel" verbindlich angeboten hat, ist der Leistungserbringer zur Versorgung mit diesem Produkt verpflichtet.

Das Produktportfolio hat dabei mindestens die Produkte zu enthalten, die der Leistungserbringer durch Benennung in der Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel" verbindlich angeboten hat. Der Leistungserbringer ist berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 7steller zusätzliche 10steller in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10steller hat der Leistungserbringer der KKH unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen zum Monatsersten schriftlich unter Nennung der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer mitzuteilen. In diesem Fall werden die zusätzlichen 10steller zum jeweiligen Monatsersten Gegenstand des Rahmenvertrages und sind nach der in Anlage 02: "Preisvereinbarung" angegebenen Vergütung abzugeben.

- (3) Hat der Arzt die Versorgung mit einem speziellen Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10stellige Positionsnummer o. bezeichnet durch bestimmte Konstruktionsmerkmale, die nur ein bestimmtes Produkt aufweist) verordnet, welches der Leistungserbringer nicht durch Benennung in der Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel" oder durch nachträgliche Aufnahme in sein Produktportfolio verbindlich angeboten hat, ist der Leistungserbringer nicht zur Lieferung verpflichtet. Er hat in diesem Fall die KKH unverzüglich darüber zu unterrichten, dass der verordnete 10-steller nicht bedient werden kann. Die KKH wird den Versicherten über bestehende Versorgungsmöglichkeiten aufklären.

§ 6 Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)

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

§ 7 Versorgung

- (1) Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist jederzeit möglich wirkt jedoch erst zum Monatsersten. Es gilt Ziff. 2.6.1.1. der Anlage 01: Leistungsbeschreibung.
- (2) Es sind die Anforderungen an die Qualität der Versorgung zu erfüllen, die zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln in der jeweils gültigen Fassung im Hilfsmittelverzeichnis beschrieben sind. Das Nähere definiert die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (3) Werden die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, sind die Vertragspartner zur Kündigung des Vertrages berechtigt. Es gilt § 19 Abs. 3 des Rahmenvertrages.

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

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

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

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich nach Anlage 02: "Preisvereinbarung". Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche MwSt.-Satz.
- (2) Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 04: "Abrechnungsregelung" zur Zahlung fällig.
- (3) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und Bereitstellung des verordneten Hilfsmittels beim Versicherten, sofern im § 6 dieses Rahmenvertrages keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen. Der Vergütungsanspruch entsteht nur, wenn alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.
- (4) Sofern ein Versorgungs-/Genehmigungszeitraum planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer dennoch verpflichtet diese Leistung gem. Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erbringen.
- (5) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung nach § 33 Abs. 3 SGB V. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, höchsten jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf.
Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (6) Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütungspauschalen sind alle nach diesem Rahmenvertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.
- (7) Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst laut diesem Rahmenvertrag erbracht wurden.

§ 9 Abrechnungsregelung

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit Sonstigen Leistungserbringern sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301 a SGB V) und § 3030 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Abrechnung der Vergütungspauschalen erfolgt je Versicherten einmal monatlich. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:
 - Lieferschein(e)
 - Empfangsbestätigung(en) des Versicherten (Als Empfangsbestätigung im Fall der postalischen Zustellung gilt auch der Auslieferungsnachweis eines vom Auftragnehmer unabhängigen Versandunternehmens.)

- (3) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestelle.
- (4) Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels bzw. nach Erbringung der Dienstleistung nicht mehr geltend gemacht werden.
Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß der Anlage 04: „Abrechnungsregelung“.

§ 10 Statistiken

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nachstehende Statistiken im Rahmen der zu Lasten der KKH durchgeführten Versorgungsfälle der KKH auf Anforderung kalenderjährlich bis zum 15. Februar des Folgejahres zur Verfügung zu stellen.

- a) Auflistung der Anzahl der Versorgungsfälle mit folgenden Daten:
- Abrechnungspositionsnummer
 - Anzahl der Versorgungsmonate je Versicherten
 - Liefermenge je 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
 - Liefermenge und Auflistung der abgegebenen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern
- b) Auflistung / Statistik über durchgeführte medizintechnische Notdiensteinsätze vor Ort bei Gerätedefekten gemäß Ziffer II Nr. 5.8 Abs. 2 (Anmerkung: Wenn Gerätedefekte nicht durch telefonische Anleitung behoben werden konnten) mit folgenden Daten:
- Anzahl unter Angabe des Beatmungsgerätes bzw. der Hilfsmittelpositionsnummer

§ 11 Haftung

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

§ 12 Folgen von Vertragsverstößen

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

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

- (3) Hält der Leistungserbringer die in Nr. 2.7.2. der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ definierte Lieferfrist (24 Stunden ab Eingang der Genehmigung bei erstmaliger Belieferung bzw. 3 Tage vor Bedarf bei den Folgelieferungen) nicht ein oder verstößt er gegen die in Ziff. 2.4 der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ definierte Pflicht zur persönlichen Beratung, so verwirkt er eine Vertragsstrafe, es sei denn, er hat der KKH

rechtzeitig mitgeteilt, dass der Versicherte nicht erreichbar ist oder er kann durch Vorlage der zu führenden Dokumentation nachweisen, dass der Versicherte keine persönliche Beratung wünscht bzw. eine von den definierten Fristen abweichende Lieferung wünscht. Eine Vertragsstrafe nach Satz 1 wird auch dann nicht verwirkt, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass ihn in Bezug auf die nicht fristgerechte Versorgung oder die fehlende persönliche Beratung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft (etwa weil der Versicherte die rechtzeitig erfolgte Lieferung nicht angenommen hat oder für den persönlich erschienenen Berater nicht erreichbar war).

- (4) Eine Vertragsstrafe im Sinne des vorstehenden Absatzes kann während der Laufzeit des Vertrages mehrfach verwirkt werden. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe vereinbaren die Parteien 1.000,00 EUR je festgestelltem Fall. Die Summe aller Vertragsstrafen, die innerhalb eines Kalenderjahres verwirkt werden können, ist begrenzt auf maximal 5 % des Jahresumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag in dem Kalenderjahr erzielt. Gemessen an der Höchstgrenze werden zu viel gezahlte Vertragsstrafen nach Ablauf des Kalenderjahres von der KKH unverzüglich erstattet.
- (5) Kommt es entgegen § 5 Abs. 1 innerhalb von 3 Monaten zu einer Lieferunfähigkeit für eines der angebotenen Hilfsmittel für einen Zeitraum von insgesamt 14 Werktagen (Montag bis Samstag, mit Ausnahme der gesetzlichen, bundeseinheitlichen Feiertage), verwirkt der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass ihn in Bezug auf die Lieferunfähigkeit oder in Bezug auf deren nicht rechtzeitige Behebung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft (bspw. weil der Hersteller den Vertrieb des jeweiligen Produkts eingestellt hat oder der Großhandel vollständig lieferunfähig ist). Zur Bestimmung des Zeitraums nach Satz 1 werden die Zeiten einzelner Lieferunfähigkeiten auf Grundlage der Meldungen des Leistungserbringers nach § 5 Abs. 1 dieses Vertrages addiert. Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe nach Satz 1 vereinbaren die Parteien 1.000,00 EUR. Im Übrigen gilt Abs. 4 Sätze 3 und 4.

§ 13 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten

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

- (9) Es gelten im Übrigen auch die im Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln.
- (10) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.
- (11) Ein Verstoß gegen Abs. 1 bis 8 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 12 dar.

§ 14 Werbung, Kommunikation mit den Versicherten

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

§ 15 Datenschutz

- (1) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz.
- (2) Die Benennung der KKH als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH gestattet.

§ 16 Insolvenz des Leistungserbringers

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

§ 17 Abtretung

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

§ 18 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.12.2019 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss dieses Rahmenvertrages treten für die KKH alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Beatmungssystemen zur außerklinischen Beatmung außer Kraft. Bereits genehmigte Versorgungen bleiben davon unberührt.
- (3) Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2021, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.

§ 19 Sonderkündigungsrecht

- (1) Die KKH ist zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 dieses Vertrages nicht mehr gegeben sind.
- (2) Die KKH kann vom Rahmenvertrag zurücktreten oder den Rahmenvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn über das Vermögen des Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrags dadurch in Frage gestellt ist, dass er seine Zahlungen nicht nur vorübergehend einstellt.
- (3) Die Vertragspartner sind zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert werden. Die Kündigung wirkt mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist das Datum der Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

§ 20 Schriftform

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

§ 21 Salvatorische Klausel

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

Anlage 01: Leistungsbeschreibung

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Rahmenvertrages ist die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit Beatmungsgeräten (Produktuntergruppe gemäß Hilfsmittelverzeichnis: 14.24.09, 14.24.12, 14.24.13; alt: 14.24.10, 14.24.11. und 14.24.12) der Produktgruppe (PG) 14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“ gemäß Hilfsmittelverzeichnis auf der Basis von Kauf- und Wiedereinsatzpauschalen zuzüglich der erforderlichen Artikel (Zubehör und der Verbrauchsmittel) auf der Basis von Zusatzpauschalen, die für die Sicherstellung der Beatmungstherapie benötigt werden sowie der erforderlichen Service- und Dienstleistungen gemäß Leistungsbeschreibung für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraumes.

Das Nähere regeln die folgenden Bestimmungen.

1.1. Beatmungsgeräte

Im Einzelnen versorgt der Leistungserbringer die Versicherten der KKH während der Vertragslaufzeit ausschließlich mit den von ihm angebotenen Hilfsmitteln (gemäß Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“), für die er vom jeweiligen Hersteller aktuell autorisiert ist. Um die Versorgung der Versicherten der KKH innerhalb der vertraglichen Fristen zu gewährleisten, hat der Leistungserbringer einen ausreichenden Sicherheitsbestand (Mindest-, Reserve- oder eiserne Bestand) der vertraglichen 10-stelligen Hilfsmittel vorzuhalten. Die Höhe des Sicherheitsbestandes richtet sich nach der jeweiligen Beschaffungsdauer und dem durchschnittlichen Gebrauch.

Die KKH verfährt nach dem Grundsatz „Wiedereinsatz von Hilfsmitteln vor Neubeschaffung“. Gegenstand dieses Vertrages sind daher die Hilfsmittel zur außerklinischen Beatmung, die für einen Wiedereinsatz geeignet sind sowohl in der Versorgungsform „Kaufpauschale“ als auch in der Versorgungsform „Wiedereinsatzpauschale“ inkl. aller dafür notwendigen Aufwände und Arbeiten.

Mit der Kauf- bzw. Wiedereinsatzpauschale sind neben der Bereitstellung des Beatmungsgerätes enthalten:

- Auftragsannahme
- Bedarfsfeststellung
- Lagerprüfung
- etwaige Abholung des Hilfsmittels vom Zentrallager der KKH
- etwaige Aufbereitung des Hilfsmittels für den Wiedereinsatz (inkl. hygienische Aufbereitung, notwendige Wartungsarbeiten sowie ggf. sicherheitstechnische Kontrolle – STK)
- Auslieferung an den Versicherten (inkl. An- und Abfahrt)
- Beratung und Nachbetreuung
- Lieferumfang des Hilfsmittels nach den Angaben des Herstellers gemäß Hilfsmittelverzeichnis

Im Rahmen der Kauf-Pauschale dürfen grundsätzlich nur neue, unbenutzte Hilfsmittel eingesetzt werden.

Im Rahmen der Wiedereinsatz-Pauschale dürfen grundsätzlich nur Hilfsmittel eingesetzt werden, die Eigentum der KKH und eingelagert sind.

1.2. Zubehör und Verbrauchsmaterialien

Das medizinisch notwendige Zubehör und die Verbrauchsmaterialien werden zusätzlich zum Beatmungsgerät auf der Basis von kalendermonatlichen Zusatzpauschalen vergütet.

Der Umfang des Zubehörs und des Verbrauchsmaterials richtet sich grundsätzlich nach den Angaben der jeweiligen Hersteller. Im Fall fehlender Herstellerangaben erfolgt die Lieferung entsprechend den Empfehlungen des Fachverbandes SPECTARIS zur „Hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie“. Als Maßgabe gelten hier insbesondere die Angaben zur durchschnittlichen Nutzungsdauer für Zubehör von Beatmungsgeräten.

Die Zusatzpauschalen beinhalten für den genehmigten Versorgungszeitraum folgende Leistungen des innerhalb der Zusatzpauschalen vergüteten Zubehörs und der Verbrauchsmaterialien:

- Die Beratung des Versicherten und die Anpassung der Produkte.
- Die Auslieferung in einem technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Zustand sowie die Anleitung zum Gebrauch.
- Wartungen, Funktionsprüfungen und sicherheitstechnische Kontrollen nach dem MPG und entsprechend der Herstellervorgaben inkl. notwendiger Austausch- und Ersatzteile.
- Notdienste
- Jegliche Kosten der Versorgung, insbesondere Arbeitszeit, An- und Abfahrt sowie Fracht- und Verpackungskosten
- Alle funktionsnotwendigen Zubehör- und Zurüstteile einschließlich deren Montage.
- Notwendige Neuversorgungen innerhalb der gleichen Produktart (7steller) während der Laufzeit der Pauschale.

Der Leistungserbringer bleibt Eigentümer des pauschal vergüteten Zubehörs sowie der Verbrauchsmaterialien zur Sicherstellung der Beatmungstherapie.

1.2.1. Zusatzpauschale zur nicht invasiven Beatmung mit Ventilsteuerung

Die Zusatzpauschale wird kalendermonatlich vergütet, für Versicherte, die nicht invasiv beatmet werden und mit einem Beatmungsgerät versorgt sind, welches ein geschlossenes Atemsystem (Ventilsystem) besitzt maßgeblich sind die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung.

Die Zusatzpauschale umfasst das folgende Zubehör und die Verbrauchsmaterialien: konfektionierte Maskensysteme (14.24.16.0 bis 14.24.16.6), Kopfhaube bzw. Bänderung, Mundstücke, Ausatemsysteme, Schlauchsysteme, Feinstaub- und Grobstaubfilter (am Geräteeingang), HMEF-Filter, Partikel-/ Bakterienfilter (am Geräteausgang), Tubusverlängerung, Atemgasbefeuchter (14.24.17.1) einschl. Halterungen, Befestigungssysteme oder Adapter, Befeuchterkammer.

1.2.2. Zusatzpauschale zur nicht invasiven Beatmung mit Leckagesystem

Die Zusatzpauschale wird kalendermonatlich vergütet, für Versicherte, die nicht invasiv beatmet werden und mit einem Beatmungsgerät versorgt sind, welches ein offenes Atemsystem (Leckagesystem) besitzt; maßgeblich sind die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung.

Die Zusatzpauschale umfasst das folgende Zubehör und die Verbrauchsmaterialien: konfektionierte Maskensysteme (14.24.16.0 bis 14.24.16.6), Kopfhaube bzw. Bänderung, Mundstücke, Ausatemsysteme, Schlauchsysteme, Feinstaub- und Grobstaubfilter (am Geräteeingang), HMEF-Filter, Partikel-/ Bakterienfilter (am Geräteausgang), Tubusverlängerung, Atemgasbefeuchter (14.24.17.1) einschl. Halterungen, Befestigungssysteme oder Adapter, Befeuchterkammer.

1.2.3. Zusatzpauschale zur invasiven Beatmung

Die Zusatzpauschale wird kalendermonatlich vergütet, für Versicherte, die invasiv beatmet werden, maßgeblich sind die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung.

Die Zusatzpauschale umfasst das folgende Zubehör und die Verbrauchsmaterialien: Schlauchsysteme, Feinstaub- und Grobstaubfilter (am Geräteeingang), Partikel-/ Bakterienfilter (am Geräteausgang), HMEF-Filter, Tubusverlängerung, Atemgasbefeuchter (14.24.17.1) einschl. Halterungen, Befestigungssysteme oder Adapter,

1.2.4. Zusatzpauschale aktive Befeuchtung

Für Versicherte, die zur Druckunterstützung als auch für die Beatmungstherapie einen Atemluftbefeuchter der Produktart 14.24.17.3 benötigen, maßgeblich sind die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung, wird kalendermonatlich die Zusatzpauschale „aktive Befeuchtung“ vergütet. Die Befeuchter müssen auf das jeweilige Atemtherapiegerät abgestimmt sein, auf Kompatibilitätshinweise in den Produktbeschreibungen ist zu achten.

Die Zusatzpauschale umfasst: Atemgasbefeuchter (14.24.17.3) inkl. des erforderlichen Zubehörs (Halterungen, Befestigungssysteme, Temperaturmesssonden) und Verbrauchsmaterial (Schlauchsysteme, Befeuchterkammer, Sterilwasser).

1.2.5. Zusatzpauschale Inhalation

Versicherte, die zur Unterstützung der Beatmungstherapie bzw. die während der Beatmung einen Medikamentenvernebler (z.B. Aerogen Pro / Solo der Fa. AEROGEN oder LM m-neb der Fa. Löwenstein Medical) oder Ultraschallvernebler der Produktart 14.24.14.1 benötigen, maßgeblich sind die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung, wird kalendermonatlich die Zusatzpauschale „Inhalation“ vergütet.

Die Zusatzpauschale umfasst:

Medikamentenvernebler, Schlauchsets, Zubehör und Verbrauchsmaterial, Verneblereinheit /-kopf.

1.2.6. Zusatzpauschale „Kinderversorgung“ bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben wird der etwaige Mehraufwand des in den Zusatzpauschalen nach Ziffer 1.2.1 bis 1.2.3 vertraglich vereinbarten Zubehörs und der Verbrauchsmaterialien mit der Zusatzpauschale Kinderversorgung vergütet.

2. Anforderungen an die Hilfsmittel

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

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

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

Für die Versorgung dürfen nur Hilfsmittel eingesetzt werden, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei und funktionsgerecht sind und die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen.

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

2.2. Änderungen der Produktlistung/-Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis während der Vertragslaufzeit

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

2.3. Einhaltung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Normen

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte den jeweils geltenden Normen und gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Insbesondere darf der Leistungserbringer nur Hilfsmittel liefern und zum Einsatz bringen, die nach den maßgeblichen Bestimmungen des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG in der jeweils gültigen Fassung über das erforderliche CE-Kennzeichen verfügen.

Sollte der Leistungserbringer während der Versorgung/Nutzung Kenntnis über auftretende Vorkommnisse oder beinahe Vorkommnisse erlangen, sind diese gemäß der Medizinproduktesicherheitsplanverordnung (MPSV) unter Verwendung der Anlage 06: „Formblatt Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung“ zu melden (Vgl. MPG).

3. Versorgungsformen und Versorgungszeitraum

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das/die verordnete(n) vertragsgegenständlichen Beatmungsgeräte nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zur Verfügung.

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten – neben dem Beatmungsgerät – das erforderliche Zubehör und die Verbrauchsmaterialien je Einzelauftrag für den genehmigten Versorgungszeitraum sicherzustellen. Der genehmigte Versorgungszeitraum beträgt generell 3 Kalendermonate.

Als Zeitraum sind immer die gesamten Kalendermonate anzugeben (z.B. 01.07.2020 – 30.09.2020). Beginnt die Versorgung während des Monats, ist der tatsächliche Versorgungsbeginn anzugeben (z.B. 13.07.2020 – 30.09.2020).

Die vereinbarte Zusatzpauschale gilt für einen Versorgungszeitraum von jeweils einem Kalendermonat.

Für Kalendermonate, für die der Leistungserbringer den Versicherten für wenigstens einen Kalendertag entsprechend der Leistungsbeschreibung zu versorgen hat, wird die volle Zusatzpauschale genehmigt. Eine Preiskürzung erfolgt nicht.

Jede Zusatzpauschale kann für jeden begonnenen Kalendermonat nur einmal berechnet / abgerechnet werden. Ein Vergütungsanspruch besteht nicht, wenn der Leistungsanspruch eines Versicherten vorübergehend für einen vollen Kalendermonat wegen stationärer Behandlung oder Rehabilitationsmaßnahme ruht.

Der Vergütungsanspruch gegenüber der KKH vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 SGB V i.V. m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer einzuziehende Zuzahlung. Dies gilt nicht für Versicherte, die eine gültige Befreiungsbescheinigung nach § 62 SGB V vorlegen.

Der Versicherte kann sein Wahlrecht unter den Vertragspartnern jederzeit ausüben. Wählt der Versicherte während eines bereits genehmigten Versorgungszeitraumes einen anderen Vertragspartner, so wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten nach Ausübung des Wahlrechts. Voraussetzung ist, dass der Versicherte für den Kalendermonat noch keine vertragsgegenständlichen zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel vom bisherigen Lieferanten in Empfang genommen hat.

Hat der Versicherte für den folgenden Kalendermonat bereits zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel erhalten, wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten des Monats, für den der Versicherte noch keine Hilfsmittel erhalten hat. Die KKH berichtigt in dem Fall die bereits genehmigte Versorgung.

Beispiel:

Genehmigter Versorgungszeitraum: 01.07.2020 – 30.09.2020

Der Versicherte wählt am 15.08.2020 einen anderen Vertragspartner. Für den September 2020 hat der Versicherte vom Leistungserbringer noch keine Hilfsmittel erhalten. Das Wahlrecht wirkt zum 01.09.2020

Genehmigter Versorgungszeitraum neu: 01.07.2020 – 31.08.2020

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

Beatmungsgeräte			
Produktart bzw. Hilfsmittel / Abrechnungspositionen-Nr.	Bezeichnung	Versorgungsform (Kennzeichen-Hilfsmittel)	
14.24.09	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa		
14.24.09*	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa	Kaufpauschale („00“)	Wiedereinsatzpauschale („02“)
14.00.09.0001	Einweisung in die Handhabung des Beatmungsgerätes	Vergütungspauschale („16“)	
14.00.09.0002	Wartung am Beatmungsgerät	Vergütungspauschale („14“)	
14.00.09.0003	Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)	Vergütungspauschale („14“)	
14.00.09.0004	Interimsversorgung	Vergütungspauschale („16“)	
14.00.09.0005	Medizinproduktebuch	Wiedereinsatzpauschale („02“)	
14.24.13	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa		
14.24.13*	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	Kaufpauschale („00“)	Wiedereinsatzpauschale („02“)
14.00.13.0001	Einweisung in die Handhabung des Beatmungsgerätes	Vergütungspauschale („16“)	
14.00.13.0002	Wartung am Beatmungsgerät	Vergütungspauschale („14“)	
14.00.13.0003	Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)	Vergütungspauschale („14“)	
14.00.13.0004	Interimsversorgung	Vergütungspauschale („16“)	
14.00.13.0005	Medizinproduktebuch	Wiedereinsatzpauschale („02“)	
14.24.12	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung		
14.24.12*	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung	Kaufpauschale („00“)	Wiedereinsatzpauschale („02“)
14.00.12.0001	Einweisung in die Handhabung des Beatmungsgerätes	Vergütungspauschale („16“)	
14.00.12.0002	Wartung am Beatmungsgerät	Vergütungspauschale („14“)	

14.00.12.0003	Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)	Vergütungspauschale („14“)
14.00.12.0004	Interimsversorgung	Vergütungspauschale („16“)
14.00.12.0005	Medizinproduktebuch	Wiedereinsatzpauschale („02“)

* ist je Einzelfall um die weiteren Ziffern der Hilfsmittelpositionsnummer gemäß GKV-Hilfsmittelverzeichnis zu ergänzen

Zusatzpauschalen				
Abrechnungspositionsnr.	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Laufzeit	Genehmigungszeitraum
14.00.99.1000	Zusatzpauschale zur nicht invasiven Beatmung - Leckagesystem -	„08“	1 KM	3 KM
14.00.99.2000	Zusatzpauschale zur nicht invasiven Beatmung - Ventilsystem -	„08“	1 KM	3 KM
14.00.99.3000	Zusatzpauschale zur invasiven Beatmung	„08“	1 KM	3 KM
14.00.99.4000	Zusatzpauschale aktive Befeuchtung	„08“	1 KM	3 KM
14.00.99.5000	Zusatzpauschale Inhalation	„08“	1 KM	3 KM
14.00.99.6000	Zusatzpauschale Kinderversorgung	„08“	1 KM	3 KM

KM = Kalendermonat

4. Prüfung der Unterlagen und Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung

Die Versorgung durch den Leistungserbringer erfolgt ausschließlich bei Vorliegen einer schriftlichen Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH. Einzige Ausnahme können Interimsversorgungen sein, siehe Ziffer 5.7.10.1.

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

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

5. Leistungsumfang

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das/die verordnete(n) Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zur Verfügung.

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

5.1. Leistungsort

Der Leistungserbringer hat die Lieferung der Hilfsmittel und die Erbringung der weiteren von ihm zu erbringenden Leistungen persönlich „vor Ort“¹ d.h. ggf. bereits im Krankenhaus oder im allgemeinen Lebensbereich / der häuslichen Umgebung am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen durchzuführen, soweit nachfolgend bzw. im Vertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

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

5.2. Bezeichnung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel (Produktportfolio)

Der Leistungserbringer hat dem Versicherten bzw. dem Verordnenden eine hinreichende Anzahl unterschiedlicher Beatmungsgeräte (10steller) je vertragsgegenständlicher Produktuntergruppe gemäß Hilfsmittelverzeichnis (14.24.09, 14.24.12, 14.24.13; alt: 14.24.10, 14.24.11. und 14.24.12) anzubieten.

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

Es steht dem Leistungserbringer frei, weitere 10-steller zum Gegenstand des Vertrages zu machen.

5.3. Medizinische Unterlage / Bedarfsfeststellung

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16), eines Kostenvoranschlages gemäß Anlage 05: „Datenübermittlung“ und bei Vorliegen einer vorherigen schriftlichen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entsprechend deren Inhalt / Umfang und für den darin ggf. angegebenen Versorgungszeitraum, soweit nachfolgend bzw. in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ nicht ausdrücklich Abweichendes vereinbart ist.

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, von wem der Leistungserbringer mit der Vorbereitung der außerklinischen Beatmung beauftragt wird:

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur von „vor Ort“, d.h. vom allgemeinen Lebensbereich / der häuslichen Umgebung am Wohnsitz des Versicherten gesprochen, schließt aber ggf. Krankenhäuser, Behinderteneinrichtungen, Pflegeheime oder vergleichbare Einrichtungen ein.

Variante 1:

Der Leistungserbringer wird unmittelbar vom Versicherten/Angehörigen mit der Vorbereitung der Heimbeatmung beauftragt bzw. die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Unterlage direkt vom Versicherten.

Variante 2:

Der Leistungserbringer wird mittelbar vom Versicherten beauftragt. Der Leistungserbringer wird während einer stationären Behandlung des Versicherten von einem Krankenhaus / von einer Rehaklinik mit der Vorbereitung der Heimbeatmung beauftragt bzw. die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zur Entlassung / im Anschluss an die stationäre Behandlung im häuslichen Bereich sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Unterlage vom Krankenhaus / von einer Rehaklinik.

Variante 3:

Bei der KKH eingehende medizinische Unterlagen werden an den Leistungserbringer weitergeleitet. Ein Anspruch auf Versorgung besteht jedoch nicht.

Die Einleitung einer Beatmungstherapie in der Häuslichkeit des Versicherten („außerklinische Beatmung“) soll nach den Grundsätzen der S2k-Leitlinie „nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017“ herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. sowie der S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) erfolgen.

Die Indikationsstellung, die Auswahl des Beatmungsgerätes, des Beatmungsmodus u.a., die tägliche Dauer, der Beatmungszugang (invasiv / noninvasiv) und der Beatmungsparameter sowie aller für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben sind ärztliche Aufgabe und unterliegen der ärztlichen Verantwortung.

Der Leistungserbringer hat die medizinische Unterlage unverzüglich auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen (Bedarfsfeststellung). Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Unterlage sind nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen und erneut durch den Arzt unter Angabe des Datums abzuzeichnen

5.4. Lagerprüfung

Der Leistungserbringer prüft generell - bevor er einen Kostenvoranschlag (KVA) gemäß Ziffer 5.5 erstellt - ob sich ein geeignetes Hilfsmittel im Zentrallager der KKH befindet.

Hierfür hat er einen Online-Zugriff für das Lagermanagementsystem MIP der Firma medicomp GmbH zu beantragen. Die Gebühren für diesen Online-Zugriff trägt der Leistungserbringer. Diese sind direkt mit der Firma medicomp GmbH abzurechnen.

Sofern die Lagerprüfung ergibt, dass sich für die Versorgung des Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel im Lagerbestand der KKH befindet, nimmt der Leistungserbringer eine verbindliche Reservierung / Buchung des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels vor.

Es wird klargestellt, dass der Leistungserbringer von der KKH lediglich für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, die Gegenstand seines vertragsgegenständlichen Produktportfolios

sind, autorisiert ist, diese für die Versorgung von Versicherten der KKH zu reservieren und abzuholen.

Der Leistungserbringer hat das für einen Wiedereinsatz vorgesehene Hilfsmittel am Zentrallager abzuholen. Für die KKH ist folgende Firma mit der zentralen Lagerhaltung beauftragt:

TBK-Beraterteam GmbH
Industriestraße 17
68519 Viernheim

Tel.: 06204 6 00 38 0
Fax: 06204 6 00 38 819
info@tbk-beraterteam.de

Die KKH behält sich vor, bei Änderungen oder nach Ablauf des Zentrallagervertrages einen anderen Zentrallageristen zu benennen. Der Leistungserbringer wird in diesem Fall rechtzeitig informiert.

Zur Abholung des gebuchten Hilfsmittels am Lager ist zwingend eine telefonische Terminabstimmung mit dem Zentrallageristen vorzunehmen. Das Hilfsmittel ist innerhalb von 72 Stunden nach erfolgter Buchung am Zentrallager abzuholen. Es steht dem Leistungserbringer frei, mit dem Zentrallageristen abweichende Regelungen über die Bereitstellung und Auslieferung des Hilfsmittels zu treffen.

Mit dem Zentrallageristen wurde folgende vertragliche Regelung zur Bereitstellung der Hilfsmittel getroffen (Auszüge aus dem bestehenden Lagervertrag):

„Nach Buchung eines Hilfsmittels durch die KKH oder einen Servicepartner (= Leistungserbringer) erfolgt die Bereitstellung ausschließlich am Standort des Zentrallagers. Eine Buchung werktags bis 14:00 Uhr verpflichtet den Zentrallageristen zur Bereitstellung des Hilfsmittels und aller zum Hilfsmittel gehörenden Zubehörteile am nächsten Werktag. Bei einer Auftragserteilung nach 14:00 Uhr hat die Bereitstellung spätestens am übernächsten Werktag zu erfolgen. Sofern der Servicepartner einen späteren Termin wünscht, kann von dieser Regelung abgewichen werden. (...) Die KKH stellt dem Zentrallageristen frei, mit dem Servicepartner (= Leistungserbringer) Regelungen über Abweichungen zur Bereitstellung und Auslieferung zu treffen.“

Grundsätzlich hat die Abholung des gebuchten Hilfsmittels vom Zentrallager der KKH durch den Leistungserbringer somit in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten zu erfolgen. Unter Abholung ist zu verstehen, dass der Leistungserbringer das unverpackte Hilfsmittel selbst am Zentrallager abholt. Abweichend von dieser Regelung kann der Leistungserbringer das Hilfsmittel auch abholen oder versenden lassen. Die Kosten der Abholung oder des Versands trägt der Leistungserbringer. Für Schäden, die durch den Transport am Hilfsmittel entstehen, haftet der Verursacher.

Ergibt die Lagerprüfung, dass kein geeignetes Hilfsmittel im Lagerbestand der KKH ist, ist der Leistungserbringer berechtigt, die Kaufpauschale für die vertragsgegenständliche Hilfsmittelversorgung zu beantragen. In diesem Fall ist eine Registrierung des neu angeschafften Hilfsmittels in MIP vorzunehmen. Die negative Lagerabfrage ist dem Kostenvoranschlag (KVA) gemäß Anlage 05: „Datenübermittlung“ beizufügen.

5.5. Kostenvoranschlag (KVA)

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

Abweichend von der grundsätzlichen elektronischen Übermittlung hat der Leistungserbringer im Ausnahmefall die Möglichkeit, den Kostenvoranschlag auf herkömmlichem Wege (in Papierform) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ einzureichen.

Der Leistungserbringer hat der KKH innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der medizinischen Unterlage den Kostenvoranschlag unter Angabe des erforderlichen vertragsgegenständlichen Hilfsmittels zu den vereinbarten Konditionen zu übermitteln.

Endet die Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag ist der Kostenvoranschlag am darauffolgenden Werktag zu übermitteln. Maßgebend für den pünktlichen Eingang ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer.

Kostenvoranschläge ohne medizinische Unterlage sind nicht gestattet, es sei denn diese Leistungsbeschreibung regelt etwas Abweichendes.

5.6. Beratung, Einweisung

Der Leistungserbringer weist den Versicherten, Angehörigen, Betreuer oder Pflegenden persönlich „vor Ort“ während des stationären Aufenthaltes und zusätzlich am Entlassungstag am endgültigen Beatmungsort in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels ein.

Die Pauschale kann für jede einzuweisende Person nur einmal berechnet werden. Weist der Leistungserbringer mehrere Personen zeitgleich ein, kann die Pauschale ebenfalls nur einmal berechnet werden.

Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels, die sachgerechte Pflege und Reinigung. Hierüber ist der Versicherte zu informieren.

Die Einweisung, Durchführung der Funktionsprüfung und Information über die sachgerechte Reinigung und Pflege ist ausschließlich durch fachkundiges Personal durchzuführen, das die personellen Anforderungen nach Ziffer 5.10 erfüllt.

Der Leistungserbringer ist zwar für die Einweisung aller an der Pflege des beatmungspflichtigen Versicherten involvierten Personen verantwortlich, die Einweisung von Pflegediensten oder Krankenhausmitarbeitern ist nicht Gegenstand der Leistungsbeschreibung. Die Vorhaltung von eingewiesenen Personals ist originäre Aufgabe der Pflegedienste bzw. der Krankenhäuser.

Der Leistungserbringer hat die Beratung/Einweisungen schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift bestätigen zu lassen. Einen Durchschlag / eine Kopie ist dem Versicherten, Angehörigen, Betreuer bzw. Pflegenden zur Verfügung zu stellen. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür die Anlage 07: „Bestätigung Beratung, Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden. Wird ein von der Anlage

07 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsabschluss zur Kenntnis vorzulegen. Die Einweisung in die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel hat spätestens mit der Auslieferung zu erfolgen.

Die Einweisung hat in deutscher Sprache zu erfolgen. Außerdem ist dem Versicherten bei Lieferung eine schriftliche Gebrauchsanweisung des Hilfsmittels bevorzugt in dessen Muttersprache, mindestens jedoch in deutscher Sprache auszuhändigen.

5.7. Lieferung des Hilfsmittels

5.7.1. Auslieferung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer liefert die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im medizinisch notwendigen Umfang gemäß vertragsärztlicher Verordnung und Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung der KKH inklusive Montage, Inbetriebnahme und der erforderlichen Anpassung. Die Auslieferung des Hilfsmittels inkl. des Zubehörs erfolgt grundsätzlich komplett. Um evtl. Lieferschwierigkeiten auszugleichen, hat der Leistungserbringer einen ausreichenden Sicherheitsbestand der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel und des Zubehörs vorzuhalten.

5.7.2. Lieferfrist

Der Leistungserbringer hat das vertragsgegenständliche Hilfsmittel innerhalb von 2 Werktagen (Montag bis Freitag, ausgenommen gesetzliche Feiertage) nach Eingang der Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung durch die KKH an den Versicherten auszuliefern, es sei denn, eine spätere Lieferung wurde ausdrücklich vom Versicherten gewünscht.

Beispiel

Der Versicherte wünscht eine Bereitstellung des Hilfsmittels (erst) zum Entlassungstag.

In den Versorgungsfällen, in denen der Leistungserbringer die Versorgung innerhalb der Wiedereinsatzpauschale sicherstellt, gilt die Frist als gewahrt, wenn der Leistungserbringer den Versicherten mit einem geeigneten Hilfsmittel (aus seinem Sicherheitsbestand) interimsmäßig versorgt (hat).

5.7.3. Inbetriebnahme des Hilfsmittels

Die Hilfsmittel sind durch den Leistungserbringer in der Häuslichkeit des Versicherten aufzustellen und ggf. an den elektrischen Stromkreis anzuschließen. Es ist eine Funktionsprüfung durchzuführen.

5.7.4. Lieferbestätigung / Lieferdokumentation

Der Leistungserbringer holt bei Lieferung vom Versicherten eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Lieferbestätigung ein. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Ohne Lieferbestätigung darf eine Auslieferung nicht erfolgen. Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

Der Leistungserbringer dokumentiert die Bereitstellung / Lieferung des Hilfsmittels sowie die von ihm erbrachten Leistungen nach Ziff. 5.6. und 5.7.ff. (Beratung, Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels) einschließlich Funktionsprüfung auf einer Lieferbestätigung gemäß Anlage 07: „Bestätigung Beratung, Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung“ oder einem anderen inhaltsgleichen Dokument und bestätigt dies durch Unterschrift. Dieses Dokument ist der KKH auf Verlangen vorzulegen. Dem Versicherten ist ein/e Durchschlag/Kopie der Empfangsbestätigung/des Lieferscheins auszuhändigen.

5.7.5. Nachbetreuung für die Dauer der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln

Der Leistungserbringer nimmt die Pflichten nach dem Rahmenvertrag wahr und führt hierzu nach vorheriger Terminabsprache persönliche Beratungen "vor Ort" durch.

5.7.6. Persönliche Beratungen

Der Leistungserbringer hat bei Bedarf den Versicherten persönlich „vor Ort“ bezüglich des Hilfsmiteleinsatzes zu beraten. Der Leistungserbringer hat die persönlichen Beratungen „vor Ort“ schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Versicherten oder Angehörigen bestätigen zu lassen. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür die Anlage 08: „Muster Besuchsprotokoll Beatmungsversorgung“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden. Wird ein von der Anlage 08 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsabschluss zur Kenntnis vorzulegen.

5.7.7. Reparaturen am Beatmungsgerät

5.7.7.1. Reparaturen im Rahmen der „Kaufpauschale“

Im Rahmen der „Kaufpauschale“ führt der Leistungserbringer alle erforderlichen Reparaturen an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel einschließlich von ihm gelieferten Zubehör kostenfrei durch, die unter die Sachmängelgewährleistung und/oder die Herstellergarantie fallen und die während der Dauer der gesetzlichen Gewährleistungsfrist und/oder der Garantiezeit fallen durch.

5.7.7.2. Sonstige Reparaturen

Für alle weiteren Reparaturen an den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln, die im Rahmen der „Wiedereinsatzpauschale“ bzw. „Kaufpauschale“ vom Leistungserbringer abgegeben wurden, die außerhalb von Gewährleistung oder Garantie erforderlich sind, ist ein Kostenvorschlag (KVA) einzureichen. Diese Reparaturen sind nicht Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

5.7.8. Wartungen am Beatmungsgerät

Der Leistungserbringer hat die Wartungen am Beatmungsgerät gemäß den Regelungen / Vorgaben des Medizinproduktegesetzes (MPG) zusammen mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und den Herstellerangaben des jeweiligen Geräts durchzuführen.

Der Leistungserbringer hat die Wartung schriftlich zu dokumentieren. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür die Anlage 09: „Wartungs- / STK-Protokoll“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden. Wird ein von der Anlage 09 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsabschluss zur Kenntnis vorzulegen.

Die Wartungspauschalen beinhalten die Wartung als Arbeitsleistung inkl. aller Materialien, die zur Durchführung der Wartung erforderlich sind. Hierzu zählen Funktionsprüfung, sicherheitstechnische Kontrolle, Hygienische Aufbereitung, Arbeitszeit, Fahrkosten und Materialien (Anmerkung: Es wird klargestellt, dass Zurüst-, Ersatz- bzw. Verschleißteile und Reparaturkosten nicht Gegenstand der Wartungspauschale sind. Es gilt Ziffer 5.7.7.2).

Eine medizinische Unterlage gemäß Ziffer 5.3 ist für die Beantragung der Leistung nicht erforderlich.

5.7.9. Sicherheitstechnische Kontrollen / Überprüfungen am Beatmungsgerät

Der Leistungserbringer führt eine sicherheitstechnische Kontrolle (STK) gemäß den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und den Herstellerangaben des jeweiligen Geräts durch.

Wenn vom Hersteller sicherheitstechnische Kontrollen vorgeschrieben sind, muss der Leistungserbringer diese nach dessen Vorgaben und angegebenen Fristen durchführen lassen. Hat der Hersteller hierzu keine Angaben gemacht und eine STK auch nicht ausgeschlossen, so muss der Betreiber diese Kontrolle in angemessenen Fristen (nach Erfahrung / Mängelhäufigkeit) durchführen lassen, spätestens jedoch nach zwei Jahren. Sinn der STK ist, festzustellen, ob das Gerät zum Zeitpunkt der Prüfung funktionsfähig ist, ob es sich in ordnungsgemäßem Zustand befindet und ob zu erwarten ist, dass dieses Gerät auch bis zur nächsten Überprüfung noch den Anforderungen der MPBetreibV entspricht.

Der Leistungserbringer hat die STK schriftlich zu dokumentieren. Dem Leistungserbringer steht es frei, hierfür die Anlage 09: „Wartungs- / STK-Protokoll“ oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument zu verwenden. Wird ein von der Anlage 09 abweichendes Dokument verwendet, ist dies der KKH nach Vertragsabschluss zur Kenntnis vorzulegen.

Die Pauschalen beinhalten alle Leistungen inklusive Materialien, die für die Durchführung der STK erforderlich sind. Hierzu zählen Funktionsprüfung, Hygienische Aufbereitung, Arbeitszeit, Fahrzeit, eingesetzte Materialien (Anmerkung: Es wird klargestellt, dass Zurüst-, Ersatz- bzw. Verschleißteile und Reparaturkosten nicht Gegenstand der Pauschale sind. Es gilt Ziffer 5.7.7.2).

Eine medizinische Unterlage gemäß Ziffer 5.3 ist für die Beantragung der Leistung nicht erforderlich.

5.7.10. Interimsversorgung

5.7.10.1. Interimsversorgung bei einer Anpassung auf ein Beatmungsgerät

Hat die unter Ziffer 5.4 beschriebene Lagerprüfung ergeben, dass ein geeignetes Hilfsmittel im Lagerbestand der KKH ist, ist der Leistungserbringer – damit eine Entlassung aus dem Krankenhaus planmäßig erfolgen kann – ggf. verpflichtet, den Versicherten interimsmäßig mit einem baugleichen Hilfsmittel aus seinem Sicherheitsbestand zu versorgen.

Der Leistungserbringer kann für diese Interimsversorgung den vereinbarten Betrag zur „Interimsversorgung“ berechnen. Voraussetzung ist jedoch, dass der Leistungserbringer die Interimsversorgung nachweisen kann.

5.7.10.2. Interimsversorgung bei Reparatur, Wartung und Überprüfung

Sofern eine Reparatur (gemäß Ziffer 5.7.7.1), Wartung, sicherheitstechnische Kontrolle oder Überprüfung erforderlich ist und diese nicht sofort von dem Leistungserbringer vor Ort beim Versicherten durchgeführt werden kann, ist dem Versicherten das gleiche Hilfsmittel (aus dem Sicherheitsbestand) mindestens aber ein gleichwertiges zur Interimsversorgung geeignetes Hilfsmittel kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt zeitgleich im Austausch mit dem vorhandenen Hilfsmittel. Grundsätzlich sind alle Kosten dieser Interimsversorgung, der Abholung des Hilfsmittels beim Versicherten und der Rückgabe des Hilfsmittels an den Versicherten nach der Durchführung der Wartung, sicherheitstechnische Kontrolle oder Überprüfung im vereinbarten Betrag enthalten.

5.7.11. Rückholung des Beatmungsgerätes

Für Hilfsmittelrückholungen beim Versicherten bedarf es eines vorherigen Abholauftrages durch die KKH. Die KKH wird ausschließlich den Zentrallageristen (vgl. Ziffer 5.4) unverzüglich, nachdem sie Kenntnis darüber erlangt hat, dass ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt wird, den Abholauftrag erteilen.

Wird dem Leistungserbringer durch den Versicherten/Angehörigen die Rückholung eines Hilfsmittels angezeigt, hat der Leistungserbringer den Versicherten grundsätzlich an die KKH zu verweisen. Alternativ kann er den Versicherten/Angehörigen auf das [Kontaktformular „Rückholung“](#) auf der KKH-Website verweisen.

5.7.12. Nicht besetzt

5.8. Telefonische Erreichbarkeit und Kontaktdaten des Leistungserbringers / telefonischer Notdienst

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit gegenüber den Versicherten und der KKH für die Auftragsannahme, Beratung, Erteilung von Auskünften und die Annahme von (Reparatur-) Aufträgen. Der Leistungserbringer stellt der KKH eine Ansprechpartnerliste mit Kontaktdaten für Rückfragen und Beschwerden zur Verfügung.

Der Leistungserbringer hat außerdem für medizintechnische Notdienste an jedem Tag im Jahr einen 24-Stunden-Notdienst zu gewährleisten. Der Notdienst wird auf Anforderung durch den Arzt, Versicherten oder dessen Pflegepersonal stets sofort tätig. Bei Problemen am Hilfsmittel

stellt der Leistungserbringer sicher, dass diese durch telefonische Anleitung oder vor Ort behoben werden. Bei Gerätedefekten muss der Notdienst innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden.

Spätestens bei Lieferung des Hilfsmittels informiert der Leistungserbringer den Versicherten in geeigneter Form über seine vollständigen Kontaktdaten und Kontaktmöglichkeiten.

5.9. Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nach Ziff. 5 ff. nachvollziehbar festgehalten werden. Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentation und übermittelt diese auf Anforderung an die unter Ziff. 5.13 aufgeführte zuständige Stelle der KKH.

5.10. Personelle Anforderungen

Der Leistungserbringer setzt für die persönliche Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels ausschließlich fachkundiges Personal ein, welches hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPG autorisiert ist. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.

Ein Nachweis über die Personalqualifikation ist nach Aufforderung durch die KKH unverzüglich in geeigneter Form vorzulegen.

Für die telefonische Beratung, Auftragsannahme und Auslieferung ohne Beratungsbedarf kann der Leistungserbringer Mitarbeiter einsetzen, die nicht über eine o.g. Autorisierung verfügen. Die Anforderungen an das Fachpersonal finden auf diesen Teil der Leistungserbringung keine Anwendung.

5.11. Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäuser bzw. Vertragsärzten

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

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

Nachstehend Beispiele unzulässiger Zusammenarbeiten mit Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten:

Beispiel 1:

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

Beispiel 2:

Dem Leistungserbringer werden vom Krankenhausbetreiber exklusiv Räumlichkeiten auf dem Klinikgelände vermietet und im Rahmen des Entlassmanagements wird der Versicherte vom Krankenhaus an den Leistungserbringer verwiesen.

Beispiel 3:

Der Leistungserbringer stellt eigenverantwortlich den Versicherten auf ein Beatmungsgerät ein oder erbringt unentgeltlich bzw. nicht gegen angemessene Vergütung medizinische/ärztliche Dienstleistungen der Atemtherapie (vgl. Ziffer 5.2.2 S2k – Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017).

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

Beispiel 4:

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

Unzulässig sind deshalb Beteiligungen von Ärzten in Krankenhäusern oder von Krankenhäusern / Krankenhausgesellschaften an Unternehmen von Leistungserbringern, (z.B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern oder Krankenhäuser

/ Krankenhausgesellschaften dabei durch ihr Ordnungsverhalten finanziell partizipieren können.

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

5.12. Nicht besetzt

5.13. Zuständige Stelle

a) Datenübermittlung gemäß Leistungsbeschreibung

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

b) Zuständigkeit für die Anpassung des Vertrages

Nach § 5 des Rahmenvertrages ist der Leistungserbringer berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 6stelliger weiterer 10stelliger in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10stelliger hat der Leistungserbringer der folgenden Stelle mitzuteilen:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Referat Hilfsmittel
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

Anlage 02: "Preisvereinbarung"

Produktuntergruppe / Abrechnungspositions-Nr.	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Angebotspreis (netto, exkl. MwSt.)	19% MwSt.	Vertragspreis per Stück (brutto, inkl. MwSt.)
14.24.09	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa				
14.24.09.	Kaufpauschale	00	3.350,00 €	636,50 €	3.986,50 €
14.24.09	Wiedereinsatzpauschale	02	240,00 €	45,60 €	285,60 €
14.00.09.0001	Einweisung in die Handhabung des Beatmungsgerätes	16	90,00 €	17,10 €	107,10 €
14.00.09.0002	Wartung am Beatmungsgerät	14	250,00 €	47,50 €	297,50 €
14.00.09.0003	Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)	14	150,00 €	28,50 €	178,50 €
14.00.09.0004	Interimsversorgung	16	330,00 €	62,70 €	178,50 €
14.00.09.0005	Medizinproduktebuch	02	0,00 €	0,00 €	0,00 €
14.24.13	Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa				
14.24.13	Kaufpauschale	00	4.100,00 €	779,00 €	4.879,00 €
14.24.13	Wiedereinsatzpauschale	02	240,00 €	45,60 €	285,60 €
14.00.13.0001	Einweisung in die Handhabung des Beatmungsgerätes	16	90,00 €	17,10 €	107,10 €
14.00.13.0002	Wartung am Beatmungsgerät	14	250,00 €	47,50 €	297,50 €
14.00.13.0003	Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)	14	150,00 €	28,50 €	178,50 €
14.00.13.0004	Interimsversorgung	16	330,00 €	62,70 €	392,70 €
14.00.13.0005	Medizinproduktebuch	02	0,00 €	0,00 €	0,00 €
14.24.12	Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung				
14.24.12.	Kaufpauschale	00	5.500,00 €	1.045,00 €	6.545,00 €
14.24.12	Wiedereinsatzpauschale	02	240,00 €	45,60 €	285,60 €
14.00.12.0001	Einweisung in die Handhabung des Beatmungsgerätes	16	90,00 €	17,10 €	107,10 €
14.00.12.0002	Wartung am Beatmungsgerät	14	250,00 €	47,50 €	297,50 €
14.00.12.0003	Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)	14	150,00 €	28,50 €	178,50 €
14.00.12.0004	Interimsversorgung	16	330,00 €	62,70 €	392,70 €
14.00.12.0005	Medizinproduktebuch	02	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Abrechnungspositions-Nr.	Zusatzpauschalen für Zubehör und Verbrauchsmittel				
14.00.99.1000	Zusatzpauschale zur nicht invasiven Beatmung - Leckage Beatmung -	08	70,00 €	13,30 €	83,30 €
14.00.99.2000	Zusatzpauschale zur nicht invasiven Beatmung - Ventilsteuerung -	08	90,00 €	17,10 €	107,10 €
14.00.99.3000	Zusatzpauschale zur invasiven Beatmung	08	315,00 €	59,85 €	374,85 €
14.00.99.4000	Zusatzpauschale aktive Befeuchtung	08	275,00 €	52,25 €	327,25 €
14.00.99.5000	Zusatzpauschale Inhalation	08	75,00 €	14,25 €	89,25 €
Abrechnungspositions-Nr.	Zusatzpauschale für Kinder bis zur Vollendung des 18 Lj.				
14.00.99.6000	Zusatzpauschale Kinderversorgung	08	200,00 €	38,00 €	238,00 €

* Anmerkung - Das Medizinproduktebuch ist Bestandteil der Kaufpauschale bzw dem Wiedereinsatz

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Anlage 03: „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hersteller
14.24.09.0031	Cube 30 ATV	JFR Medical Instruments GmbH
14.24.09.0036	Lumis 150 VPAP ST-A	ResMed Ltd.
14.24.09.0037	DreamStation BiPAP ST30 AAM	Philips Respironics, Inc.
14.24.09.0039	BiPAP A30 S Silver Series	Philips Respironics, Inc.
14.24.09.0040	BiPAP A30 Silver Series	Philips Respironics, Inc.
14.24.09.2005	prisma VENT30	Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
14.24.09.3002	prisma VENT30 mit Akku	Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
14.24.09.3004	Stellar™ 100	ResMed Corp.
14.24.13.1002	prisma VENT40	Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
14.24.13.1003	BiPAP A40 Silver Series	Philips Respironics, Inc.
14.24.13.2008	Stellar™ 150	ResMed Corp.
14.24.13.2010	prisma VENT40 mit Akku	Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
14.24.13.4001	prisma VENT50	Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
14.24.13.5001	Puritan Bennett 520	Medtronic Operational Headquarters
14.24.13.5002	VIVO 50	Breas Medical GmbH
14.24.13.5005	prisma VENT50 mit Akku	Löwenstein Medical Technology GmbH + Co. KG
14.24.13.5007	Astral 100 SC	ResMed Ltd.
14.24.12.2002	VIVO 50	Breas Medical AB
14.24.12.2003	Astral 100	ResMed Ltd.
14.24.12.2004	Trilogy 100	Philips Respironics, Inc.
14.24.12.2008	Vivo 55	Breas Medical AB
14.24.12.3002	Vivo 60	Breas Medical AB
14.24.12.3008	Astral 150	ResMed Ltd.
14.24.12.3009	Puritan Bennett 560	Medtronic Operational Headquarters
14.24.12.3013	BREAS Vivo 65	Breas Medical AB

Anlage 04: „Abrechnungsregelung“

Abrechnungsmodalitäten

Grundsätzliches

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

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 nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

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

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

- (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 Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

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

Anlage 05: „Datenübermittlung“

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

1. Elektronischer Datenaustausch

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

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
 Hoheloostr. 14
 67065 Ludwigshafen
 Telefon: 0621.67 17 82-79
 E-Mail: support@medicomp.de
 Internet: www.medicomp.de

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

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

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

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

Abweichend vom elektronischen Datenaustausch kann der Leistungserbringer die notwendigen Unterlagen im Ausnahmefall auch auf dem Postweg oder per Fax an das zuständige Hilfsmittelzentrum senden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren für die Faxübermittlung leitet sich aus

dem Wohnort des Versicherten (Postleitzahl) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigegefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieser Anlage.

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

1.1 Auftrag

Der Leistungserbringer kann über den Datenaustausch durch die KKH beauftragt werden, auf Grundlage einer Verordnung einen Kostenvoranschlag/Angebot zu erstellen, eine Anpassung/Reparatur/Sicherheitstechnische Kontrolle oder Wartung vorzunehmen.

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

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

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

1.3 Nachrichten

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

1.4 Lieferbestätigung

n.n.

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

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

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen
 Tel. 04 21.16 33 95-10 12
 Fax 04 21.16 33 95-44 99
 E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

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

Erreichbarkeit:

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

Postanschrift:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
 30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera
23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen

von	bis	HMZ
75045		Gera
75050		Bremen
75053		Gera
75056	75059	Bremen
75172	75399	Gera
75417	75449	Bremen
76131	76726	Gera
76744	76770	Bremen
76771	76774	Gera
76776		Bremen
76777		Gera
76779	76891	Bremen
77652	89547	Gera
89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen

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

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

Hinweise zu den Meldepflichten nach § 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung

§ 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung verpflichtet Anwender, Betreiber sowie sonstige Inverkehrbringer (Vertreiber, Händler, aber auch Kranken- und Pflegekassen sowie vergleichbare Einrichtungen) zur Meldung von Vorkommnissen. Die Vorschrift lautet wie folgt:

§ 3 Meldepflichten

(1)

(2) Wer Medizinprodukte beruflich oder gewerblich betreibt oder anwendet, hat dabei aufgetretene Vorkommnisse der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. Satz 1 gilt entsprechend für Ärzte und Zahnärzte, denen im Rahmen der Behandlung von mit Medizinprodukten versorgten Patienten Vorkommnisse bekannt werden, soweit die Behandlung im Zusammenhang mit dem Medizinprodukt steht.

(3) Wer, ohne Verantwortlicher nach § 5 des Medizinproduktegesetzes zu sein, beruflich oder gewerblich oder in Erfüllung gesetzlicher Aufgaben oder Verpflichtungen Medizinprodukte zur Eigenanwendung durch Patienten oder andere Laien an den Endanwender abgibt, hat ihm mitgeteilte Vorkommnisse der zuständigen Bundesoberbehörde zu melden. In allen anderen Fällen informieren Vertreiber und Händler den Verantwortlichen nach § 5 des Medizinproduktegesetzes über ihnen mitgeteilte Vorkommnisse.

(4) Die Verpflichtungen nach den Absätzen 2 und 3 gelten für Angehörige der Heilberufe als erfüllt, soweit Meldungen an Kommissionen oder andere Einrichtungen der Heilberufe, die im Rahmen ihrer Aufgaben Risiken von Medizinprodukten erfassen, erfolgen und dort eine unverzügliche Weiterleitung an die zuständige Bundesoberbehörde sichergestellt ist.

(5)

Vorkommnisse sind in § 2 Nr. 1 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung wie folgt definiert:

"Vorkommnis" ist eine Funktionsstörung, ein Ausfall oder eine Änderung der Merkmale oder der Leistung oder eine Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder der Gebrauchsanweisung eines Medizinprodukts, die unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte.

Der Vorkommnisbegriff erfasst auch Fälle unklarer, aber möglicher Kausalität sowie die Fälle, in denen sich gravierende medizinische Folgen zwar nicht manifestiert haben, im Wiederholungsfall unter weniger günstigen Umständen aber eintreten könnten (sogenannte Beinahevorkommnisse).

Was unter einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, wird in den europäischen Leitlinien zum Medizinprodukte- Beobachtungs- und -Meldesystem (MEDDEV 2.12/1, Nr. 5.3.2) näher erläutert. Danach ist diese anzunehmen bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung, im Falle eines bleibenden Körperschadens oder einer dauerhaften Beeinträchtigung einer Körperfunktion und bei einem Zustand, der eine medizinische oder chirurgische Intervention erfordert, um einen bleibenden Körperschaden oder eine dauerhafte Beeinträchtigung einer Körperfunktion zu verhindern. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Ob eine schwerwiegende Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vorliegt, ist im jeweiligen Einzelfall auch in Relation zum Behandlungsziel zu beurteilen.

Nach § 5 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung haben die Meldungen unverzüglich zu erfolgen. Das Formblatt sollte möglichst vollständig ausgefüllt werden, andererseits sollten aber noch unvollständige oder fehlende Daten nicht dazu führen, eine Meldung zu verzögern oder zu unterlassen.

Sie erhalten eine Eingangsbestätigung für Ihre Meldung mit Angabe einer BfArM - / PEI - Fallnummer, unter der das Vorkommnis bearbeitet wird. Nach Abschluss des Vorgangs werden Sie über das Ergebnis der Risikobewertung informiert.

Die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung und weitere Informationen zum Medizinprodukte- Beobachtungs- und -Meldesystem sind im Internet unter www.dimdi.de zu finden.

Anlage 07: „Bestätigung Beratung, Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung“

Versicherten-Nr.:

Herr/Frau:

Geburtsdatum:

Datum:

Bestätigung der Beratung, Einweisung

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r wurde

am

zu folgendem Hilfsmittel:

beraten/eingewiesen.

Bestätigung des Empfangs, der Einweisung und der Funktionsprüfung

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r wurde

hat am

folgendes Hilfsmittel:

Hilfsmittel-Typ:

Hilfsmittel-Bezeichnung:

Hersteller:

Hilfsmittelpositionsnummer:

Serien-Nummer:

als Sachleistung erhalten.

Für dieses Hilfsmittel sind regelmäßige sicherheitstechnische Kontrollen oder Wartungen erforderlich: ja nein

Vereinbarung:

Der die oben genannte Versicherte, der/die gesetzliche Vertreter/in, der/die pflegende Person, der/die Angehörige/r erklärt hiermit, dass er/sie das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten hat und eine Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Funktionsprüfung erfolgt ist. Der/die Versicherte verpflichtet sich:

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

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum der KKH. Es findet kein Eigentumsübergang zum Versicherten statt.

Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an die KKH zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit Ihrer KKH Servicestelle in Verbindung, oder informieren Sie die KKH über das Kontaktformular „Rückholung“ auf der KKH-Website <https://www.kkh.de/versicherte/a-z/hilfsmittel/kontaktformular-abholung>.

Einen Durchschlag dieser Empfangsbestätigung erhalten zu haben.

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

.....
Unterschrift Versicherter¹

oder Unterschrift von, sofern durch den Versicherten nicht möglich:

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

.....
Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in, pflegende/r Person, Angehörige/r

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift + Stempel Leistungserbringer

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

Anlage 08: „Muster Besuchsprotokoll Beatmungsversorgung“

Besuchsprotokoll Beatmungsversorgung

Patient

Name: _____ Vorname: _____
 Telefon: _____ Versicherten-Nr.: _____

Allgemeine Informationen

Besuchsanlass: Routinetermin, auf Anforderung,
 weil: _____

Versorgung des Patienten

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

Angaben zum Beatmungssystem

Produktbezeichnung: _____

Zweites Beatmungsgerät: ja nein
 Beatmungszugang: invasiv noninvasiv
 Schlauchsystem: Einschlauchsystem Zweischlauchsystem
 Ausatemsystem: Leckagesystem aktives Ausatemventil
 Befeuchtung: aktiv passiv

Besonderheiten: _____

Sonstige Versorgungssituation

Pulsoximeter: ja nein
 Inhalationen: ja, nein
 HM bei Husteninsuffizienz: ja nein

Beratungs- und Dienstleistungen

Versorgungsmöglichkeiten Handhabung in den Gebrauch /Produkteinweisung Nutzungsdauer
 Produktbezeichnung(en): _____

Wartung inkl. STK Sicherheitstechnische Kontrolle (STK)
 Reparatur
 Sonstiges: _____

Materialumstellung

ja, weil _____

 Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift MA Leistungserbringer

Ich bestätige, einen Durchschlag dieses Protokolls erhalten zu haben:
 Mir ist bekannt, dass der Vertragspartner der KKH auf Anforderung der KKH, dieses Dokument der KKH vorzulegen hat (§ 172 Abs. 5 a SGB V).

 Ort, Datum Unterschrift Versicherte/r¹

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

Anlage 09: „Muster Wartungs- / STK-Protokoll“

Versicherten-Nr.:

Herr/Frau:

Geburtsdatum:

Adresse:

wurden folgende Dienstleistungen durchgeführt

am:

zu folgendem Hilfsmittel:

Hilfsmittel-Typ:

Hilfsmittel-Bezeichnung:

Serien-Nummer:

KKH-Ident-Nr.:

Aktuelle Betriebsstunden:

Wartung inkl. STK

STK

Ergebnis / Auffälligkeiten

.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift + Stempel Leistungserbringer

Anlage 10: „Muster Rezeptauftrag“

Einverständniserklärung

Patient

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

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

Leistungserbringer

Name: _____
Anschrift: _____

Rezeptauftrag

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

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

Daten des behandelnden Arztes

Name: _____
Anschrift: _____

Tel-Nr.: _____

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

.....
Ort, Datum

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