

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.11.2004 ein Rahmenabkommen nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Hilfsmittelversorgung zwischen der Fresenius Kabi Deutschland GmbH und der KKH (Produktgruppe 03 „enterale Ernährung“) geschlossen.

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

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

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

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Kristina Wetsch (E-Mail: kristina.wetsch@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. 2a SGB V

**Hier: Beitrittserklärung zum Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung zwischen der Fresenius Kabi Deutschland GmbH und der KKH
(Produktgruppe 03 „enterale Ernährung“)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung zwischen der Fresenius Kabi Deutschland GmbH und der KKH (Produktgruppe 03 „enterale Ernährung“), nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

zum

**zum Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung
zwischen der Fresenius Kabi Deutschland GmbH und der KKH
(Produktgruppe 03 „enterale Ernährung“)**

Leistungserbringer/Verband

Name und ggf. Rechtsform: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Ansprechpartner: _____

IK: _____

Erklärung:

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

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenabkommen

über

die Hilfsmittelversorgung

zwischen der

Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Else-Kröner-Straße 1
61352 Bad Homburg v.d.H.

Haupt-IK: 590 642 335

– nachstehend Leistungserbringer genannt –

und der

Kaufmännische Krankenkasse (KKH)
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover

Rahmenvertrag

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Versorgung mit den in den Anlagen und Anhängen näher bezeichneten Hilfsmitteln und die Abrechnung der erbrachten Leistungen für Versicherte der Kasse zu den vereinbarten Konditionen.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der Kasse entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V einzuhalten.
- (3) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V sind zu beachten. Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die in dem Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden. Sind Hilfsmittel übergangsweise noch nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, können diese nach vertraglicher Vereinbarung bzw. nach genehmigtem Kostenvoranschlag abgegeben werden.
- (4) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht. Es besteht Einigkeit darüber, dass dieser Vertrag einschließlich der Anlagen gleichartige Vereinbarungen mit anderen Partnern nicht ausschließt. Jede Kasse ist berechtigt, andere Leistungserbringer mit der Lieferung zu beauftragen.
- (5) Dieser Vertrag nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V gilt nur, solange die Zulassung des Leistungserbringers bzw. seiner Mitglieds-/Partnerbetriebe nach § 126 Abs. 1 SGB V besteht.
- (6) Neben den namentlich aufgeführten Kassen gilt dieser Vertrag mit seinen Anlagen und Anhängen auch für die Krankenkasse Eintracht Heusenstamm (KEH), Am Lindenbaum 18, 63150 Heusenstamm.

§ 2 Verzeichnis der Mitglieds- / Partnerbetriebe

Für die Leistungserbringung bedient sich der Leistungserbringer seiner Niederlassungen bzw. seiner angeschlossenen Mitglieds-/Partnerbetriebe. Änderungen sind der Kasse unverzüglich anzuzeigen.

§ 3 Lieferungsvoraussetzungen

- (1) Grundlage der Leistungspflicht ist eine vertragsärztliche Verordnung, eine Verordnung des Krankenhausarztes und der Auftrag der Kasse, soweit im Vertrag vorgesehen.
- (2) Mit der obigen Dokumentation (auch als Dauerversorgung nach Genehmigung der Kasse mit einer Gültigkeit von bis zu 12 Monaten) wird die Notwendigkeit der Betreuung und Versorgung des Versicherten bestätigt.
- (3) Vor Beginn der Versorgung muss ein schriftliches Kostenanerkennnis der Kasse vorliegen. Der Kasse ist hierfür ein Versorgungsvorschlag einschließlich ärztlicher Verordnung und eine Bedarfsermittlung mit den Versicherten- und ggf. Mitgliedsdaten und soweit vorhanden Diagnose, Pflegestufe, Angaben zum Heimaufenthalt, ggf. Krankenhausentlassungsdatum in Form des Beratungsbogens vorzulegen. Zur schnelleren Versorgung der Versicherten kann der Versorgungsvorschlag mit den bezeichneten Angaben vorab auch per Fax übermittelt werden. Die ärztliche Verordnung muss spätestens bei der Abrechnung im Original vorliegen. Auf Verlangen ist der Kasse jederzeit die Originalverordnung einzureichen.
- (4) Bei einer Verlängerung des Versorgungszeitraumes über den von der Kasse bereits genehmigten Zeitraum hinaus, ist eine erneute Genehmigung durch die Kasse erforderlich. Auf Verlangen der Kasse ist eine erneute ärztliche Verordnung und auch ein erneuter Beratungsbogen vorzulegen.
- (5) Die Wahl der zweckmäßigen Versorgung orientiert sich an der ärztlichen Verordnung und nach den Bedürfnissen des Versicherten. Wird durch den Arzt ein Einzelprodukt (durch konkrete Namensbezeichnung oder Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet und ist eine wirtschaftlichere Versorgung möglich, z.B. in Form eines anderen gleichwertigen Produktes, ist mit dem verordnenden Arzt Kontakt aufzunehmen und ggf. eine Aufklärung des Versicherten vorzunehmen. Das Ergebnis ist in der Versorgungsdokumentation festzuhalten. Der Versicherte wird mit dem verordneten Produkt eigenanteilsfrei versorgt, auch wenn das Beratungsangebot nicht angenommen wird.

Rahmenvertrag

- (6) Der Leistungserbringer liefert dem Versicherten das/die Hilfsmittel ohne Verzögerung spätestens am nächsten Werktag, bzw. innerhalb eines Werktages nach Zugang der Kostenzusage der Kasse.
- (7) Mit der Versorgungspauschale sind alle Sach- und Servicedienstleistungen abgedeckt. Hierzu zählen insbesondere:
 - Beratung des Versicherten bzw. der betreuenden Person durch einen qualifizierten Betreuungsdienst im Hause der Versicherten bzw. im Pflegeheim; die Beratung hat sich auch auf Möglichkeiten zur Vermeidung langfristiger Inkontinenz zu beziehen
 - Anlieferung
 - Einweisung des Versicherten bzw. der betreuenden Person in den sachgerechten Gebrauch im Hause des Versicherten bzw. im Pflegeheim
 - Erprobung (Musterlieferung)
 - telefonische Beratung

Die Einzelheiten ergeben sich aus den Anhängen.

- (8) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung auf dem aktuellen medizinischen Stand durchzuführen.
- (9) Werbemaßnahmen des Leistungserbringens dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Kasse beziehen. Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Kostenübernahmeanträgen zu veranlassen, sofern nicht anderes geregelt wurde.

§ 4 Qualitätssicherung

- (1) Soweit möglich und erforderlich beginnt die Betreuung bereits während einer stationären Behandlung bzw. unmittelbar im Anschluss daran.
- (2) Der Leistungserbringer beauftragt mit der Durchführung der vertraglichen Beratungsleistungen und Bedarfsermittlungen nur fachlich qualifizierte und therapeutisch erfahrene Mitarbeiter/innen.
- (3) Der Kasse steht es frei, die Qualität der Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Dies kann auch durch eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfolgen.

§ 5 Preisgestaltung

Die Preisgestaltung ist in den Anlagen und Anhängen geregelt. Mit den genannten Entgelten ist der in § 3 beschriebene Leistungsumfang pauschal abgegolten.

§ 6 Geheimhaltungspflicht

- (1) Der Leistungserbringer bzw. Mitglieds-/Partnerbetrieb verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (BDSG, SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer bzw. Mitglieds-/Partnerbetrieb unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MDK und der Kasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kasse erforderlich sind.

Rahmenvertrag

§ 7 Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (1) Bei Verstößen gegen die aus diesem Vertrag erwachsenden Pflichten kommen als Maßnahmen – nach Anhörung der Betroffenen – eine Verwarnung bis hin zu einem Auftragsvergabeeverbot des betroffenen Leistungserbringens bzw. ihrer betroffenen Mitglieds-/Partnerbetriebe in Betracht. Der Leistungserbringer bzw. Mitglieds-/Partnerbetriebe haftet für mögliche Vermögensschäden, die der Kasse aus Vertragsverstößen entstanden sind. Unabhängig von der Höhe des nachgewiesenen Vermögensschadens behält sich jede Kasse das Recht vor, im Fall eines Vertragsverstoßes den Vertrag fristlos zu kündigen bzw. betroffene Mitglieds-/Partnerbetriebe von der Versorgung auszuschließen.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für Personen-, Sach- und Vermögensschäden aufgrund von Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung. Hierfür hat der Leistungserbringer eine Haftpflichtversicherung in Höhe von 1.000.000,00 € abzuschließen.

§ 8 Rechnungslegung

Die Verwendung des Institutionskennzeichens, die Rechnungslegung sowie das Abrechnungsverfahren sind in der Anlage 5 geregelt.

§ 9 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Dritten

- (1) Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Ebenso unzulässig sind Sprechstunden von Leistungserbringern in Arztpraxen.
Eine Beeinflussung der Wahlfreiheit der Versicherten ist nicht zulässig. Als Einschränkung der Wahlfreiheit gelten auch Beratungen und Versorgungen in Arztpraxen, stationären oder sonstigen außerbetrieblichen Einrichtungen über den Einzelfall/Notfall hinaus.
- (2) Im Einzelfall sind in Arztpraxen und stationären oder sonstigen Einrichtungen Beratungen oder Notfallversorgungen mit Hilfsmitteln durch den Leistungserbringer nur auf Anforderung des Arztes zulässig. Zulässig sind jedoch Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten Hilfsmitteln durch Vertragspartner in der Praxis des Arztes und in stationären oder sonstigen Einrichtungen, nachdem das Hilfsmittel in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde. Voraussetzung ist, dass die Anpassung in der Arztpraxis vom Arzt aus medizinischen Gründen für erforderlich gehalten wird.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre oder sonstige Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Versorgung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erreichen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (5) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Leistungserbringers zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer Anreize durch Dritte ist als schwerwiegender Vertragsverstoß zu werten.
- (6) Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesfachverbandes Medizinprodukteindustrie e.V. vom 12.05.1997 in seiner jeweils geltenden Fassung sowie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, die sich aus der Berufsordnung der Ärzte ergeben, sind zu beachten.

Rahmenvertrag

§ 10 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 01.11.2004 in Kraft, sofern die Aufsichtsbehörde gem. § 71 Abs. 2 SGB V diesen Vertrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach Vorlage beanstandet hat. Bei einer Beanstandung führen die vertragsschließenden Parteien kurzfristig neue Verhandlungen. In diesem Falle gelten die Vertragspreise weiter. Nebenabreden bedürfen der Schriftform. Soweit seitens der vertragsabschließenden Kasse ältere Vereinbarungen bestehen, verlieren diese mit dem Tag des Inkrafttretens ihre Gültigkeit.

§ 11 Kündigungsfristen

Dieser Vertrag mit seinen Anlagen und Anhängen kann mit einer Frist von 4 Wochen, frühestens zum 31.10.2006, ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Anlagen und Anhänge können auch einzeln gekündigt werden.

§ 13 Anlagen und Anhänge

(1) Die nachstehenden Anlagen und Anhänge sind Bestandteil dieses Vertrages.

Anlage 1	enterale Ernährung
Anhang I	Preisvereinbarung enterale Ernährung
Anlage 3	Tracheostomaprodukte
Anhang III	Preisvereinbarung Tracheostomaprodukte
Anlage 5	Abrechnungsregelung
Anlage 6	Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V
Anlage 7	Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 SGB V

(2) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen bedürfen der Schriftform.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen, die z.B. gegen das Wettbewerbsrecht oder den Datenschutz verstößen, anzupassen sind.

§ 1 Gegenstand der Anlage 1

Diese Anlage 1 einschließlich der Anhänge regelt und präzisiert die Dienstleistungsverpflichtung des Leistungserbringers bei der Versorgung von Versicherten mit Sondennahrung zur enteralen Ernährung sowie von Applikationshilfen und technischen Hilfsmitteln sowie Verbundsmaterial zur PEG-Versorgung in häuslicher Umgebung sowie in Alten- und Pflegeheimen.

§ 2 Leistungsbeschreibung

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit Sondennahrung, Applikationshilfen, technischen Hilfsmitteln sowie Verbundsmaterial für Versicherte der Kasse aufgrund einer ärztlichen Verordnung jederzeit sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine Beratung und Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels durch qualifiziertes und therapeutisch erfahrenes Personal sicher.

Im Rahmen des Beratungsgespräches hat der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten zu ermitteln. Die Beratung ist kostenfrei. Sofern der Versicherte keine Beratung wünscht, ist dies schriftlich und nachvollziehbar festzuhalten. Das Beratungsgespräch einschließlich der aufzahlungsfreien Versorgungsvorschläge ist zu dokumentieren (Anlage 06: „Muster Dokumentation Beratung n. § 127 Abs. 5 S. 1 u. 2 SGB V und Anlage 07: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“; ggf. ist auch die Begründung für eine Versorgung mit Aufzahlung zu dokumentieren. Die Dokumentation verbleibt beim Leistungserbringer und ist bei Bedarf der KKH zur Verfügung zu stellen.

Das Dienstleistungspaket umfasst neben der Beratung und Einweisung die Lieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung (MPG i.V.m. MPBetreibV), Reparaturen, Ersatzteile, Abholung und gegebenenfalls ein notwendiger Austausch der Hilfsmittel einschließlich der damit im Zusammenhang anfallenden Personal- und Sachkosten.

- (3) Die Beschreibung der zum Einsatz kommenden Hilfsmittel hat den medizinischen und technischen Anforderungen der entsprechenden Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses zu entsprechen.
- (4) Der Leistungserbringer stellt sich bei der Liefermenge auf die räumlichen Lagerungsmöglichkeiten des Versicherten ein.
- (5) Der Leistungserbringer liefert entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung die Sondennahrung nach dem individuellen täglichen Kalorienbedarf des Versicherten Hilfsmittel und Verbandstoffe.
- (6) Die Lieferung erfolgt spätestens am nächsten Werktag frei Haus. Die Liefermenge wird dem Bedarf des Versichert angemessen angepasst.
- (7) Bei evtl. Unverträglichkeit der Nahrung wird eine schnellstmögliche Nahrungsumstellung gemäß medizinischer Indikation vorgenommen.
- (8) Der Leistungserbringer verpflichtet sich unabhängig von Beratungen, die sich durch den jeweiligen Bedarf ergeben, eine Kundenzufriedenheits-Analyse durchzuführen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.
- (9) Die Sondennahrung ist, entsprechend der Verordnung, nach dem individuellen täglichen Kalorienbedarf zu bemessen.
- (10) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, neben einem indikationsbezogenen Pumpeneinsatz auch die notwendigen Verbandstoffe zu liefern. Evtl. weitere Hilfsmittel, z.B. Infusionsständere, etc., sind ebenfalls im Versorgungsumfang enthalten.
- (11) Das Applikationsset (Überleitsystem) ist für den täglichen Wechsel zu liefern.

§ 3 Lieferung

- (1) Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten oder die betreuende Person zu bestätigen. Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, Post, etc.) zulässig. Im Einzelfall kann bei Bedarf die Empfangsbestätigung abgerufen werden.
- (2) Die nach dieser Anlage abgegebenen Hilfsmittel kann der Leistungserbringer dauerhaft kennzeichnen (Eigentumshinweis, Registernummer, etc.).
- (3) Defekte oder schadhaft gewordene Geräte und Produkte werden während der normalen Geschäftszeiten unverzüglich ausgetauscht. Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer einen 24-stündigen Notdienst sicher.

§ 4 Preisgestaltung

- (1) Die Kasse zahlt für die Versorgung der Versicherten gemäß § 2 Leistungsbeschreibung für die eingesetzten bzw. verbrauchten Hilfsmittel und Verbandstoffe eine Technikpauschale und die Verbandmittelpauschale auf Monatsbasis sowie für die enterale Nahrung Monatspauschalen. Die Höhe der Pauschalen ist im Anhang I geregelt.
- (2) Die Pauschalen beinhalten sämtliche Hilfs- und Verbandmittel, die zur Versorgung mit enteraler Ernährung mittels Ernährungspumpe bzw. Schwerkraft erforderlich sind, wie z.B. Ernährungspumpe, Infusionsständere und Tasche bei Bedarf, Überleitsysteme, Reparatursets, Verbandstoffe (steril), Blasenspritzen, Beutel usw. je Versorgungsmonat. Alle dazugehörigen Leistungen, wie Lieferung, Einweisung, Reparaturen, Wartungen etc., sind mit den Pauschalen abgegolten.
- (3) Für Porto, Versand und Verpackung werden dem Versicherten und der Kasse vom Leistungserbringer keine weiteren Kosten in Rechnung gestellt. Gleches gilt für etwaige Wege- und Fahrkosten, die durch die Besuche bei den Versicherten entstehen.
- (4) Alle Leistungen dieser Anlage sind grundsätzlich, unter Beibringung eines Versorgungsvorschlages (Inhalte siehe Abs. 5) und ärztlicher Verordnung, durch die Kassen genehmigungspflichtig.
- (5) Dauerverordnungen sind genehmigungspflichtig und bis zu 12 Monate gültig. Aus den Versorgungsvorschlägen (Erstanträge) muss die Art der Technik, die Art der Nahrung und die dazu jeweilige Klassifizierungsgruppe hervorgehen. Sofern sich bei Folgeversorgungen aus medizinischen Gründen eine Änderung der Art der Nahrung bzw. Technik ergibt, ist der leistungspflichtigen Kasse durch den Leistungserbringer eine erneute ärztliche Verordnung sowie ein Versorgungsvorschlag zur Genehmigung einzureichen.

§ 5 Abrechnungsregelungen

- (1) Bei der Abrechnung von erbrachten Leistungen hat ab 01.01.2010 eine Trennung von Arzneimitteln (z.B. Sondennahrung, Verbandstoffe) und Hilfsmitteln (z.B. Technikpauschale) zu erfolgen.
- (2) Für die Abrechnung von in Absatz 1 genannten Arzneimitteln gelten die Richtlinien der Spaltenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit Apotheken und weiteren Anbietern von Arzneimitteln nach § 300 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Der Vertrag und die dazugehörigen Anlagen sowie Anhänge verliert in Bezug auf die Versorgung mit Arzneimitteln seine Gültigkeit mit Ablauf des 31.12.2009.
- (3) Für die in Absatz 1 genannten Hilfsmittel gelten die Vorschriften des § 8 des Rahmenvertrages in Verbindung mit Anlage 5 des Rahmenvertrages über den 31.12.2009 hinaus.

§ 1 Gegenstand des Anhangs I

Der Anhang I regelt die Vergütung für die im Vertrag über die Hilfsmittelversorgung und in der Anlage 1 genannten Leistungen.

§ 2 Vergütung

- (1) Der Leistungserbringer erhält für alle zur Versorgung der Versicherten der Kasse notwendigen Leistungen nach dem Hilfsmittel-Liefervertrag und der Anlage 1 eine Technik-Pauschale ~~und die Verbandmittelpauschale auf Monatsbasis sowie eine Vergütung für die Sondennahrung auf pauschalierter Monatsbasis~~. Mit der Vergütung sind alle Dienstleistungsaufwendungen des Leistungserbringens abgegolten.

Abrechnungs- Positionsnummer	Monatspauschalen für Applikationstechnik und Verbandstoffe	Betrag € (netto)
0300990002	Technikpauschale – Schwerkraft: Versorgung mit Applikationshilfen, technischen Hilfsmitteln und Zubehör mittels Schwerkraft	120,00
0300990003	Technikpauschale – Pumpe: Versorgung mit Applikationshilfen, technischen Hilfsmitteln und Zubehör mittels Ernährungspumpe	120,00
0300990012	Verbandmittelpauschale: Verbandmittel zur enteralen Ernährungstherapie	10,00

Abrechnungs- Positionsnummer	Monatspauschalen für Sondennahrung	Betrag € (netto)
0300990007	Sondennahrung (ohne / mit Ballaststoffe, ohne / mit MCT)	260,00
0300990008	Sondennahrung hochkalorisch- (ohne / mit Ballaststoffe)	260,00
0300990009	Sondennahrung krankheitsadaptiert- (ohne / mit Ballaststoffe)	260,00
0300990010	Sondennahrung Diabetes- (ohne / mit Ballaststoffe)	260,00
0300990011	Sondennahrung Kinderversorgungen- (ohne / mit Ballaststoffe)	260,00

Die Preise verstehen sich zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

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

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

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

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

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

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung

Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag vom 01.10.2004

zwischen der Fresenius Kabi Deutschland GmbH und der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH)

Nachfolgende Punkte werden ergänzend zum Vertrag vereinbart:

§ 3 (3) Lieferungsvoraussetzungen

Für Eilversorgungen/Notversorgungen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, steht dem Leistungserbringer auch ohne vorherige Genehmigung der Kasse ein Vergütungsanspruch auf Grundlage dieses Vertrages zu. Gleiches gilt für Notversorgungen mit dringend benötigten Produkten. Voraussetzung für die Erstattung seitens der Kasse ist eine ärztliche Verordnung. Ein Kostenvoranschlag ist zeitnah einzureichen.

§ 3 der Anlagen 1, 2, 3 und 4

Die Empfangsbestätigungen sind nicht Teil der abrechnungsbegründenden Unterlagen. Somit ist ein beifügen der Empfangsbestätigungen an die Abrechnung nicht erforderlich.

Anlage 4 und Anhang IV

Die Anlage 4 und der Anhang IV gilt nicht für die Kaufmännische Krankenkasse (KKH).

2. Nachtrag

zwischen der KKH-Allianz (Ersatzkasse)
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

- im Folgenden: **KKH-Allianz** -

und der Fresenius Kabi Deutschland GmbH
Else-Kröner-Straße 1
61352 Bad Homburg v.d.H

- im Folgenden: **Fresenius**-

zu dem mit Datum vom 01.11.2004 geschlossenen Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung sowie zu dem mit Datum vom 06.10.2009 geschlossenen 1. Nachtrag.

Der o. g. Vertrag betrifft die Versorgung mit den in den Anlagen und Anhängen näher bezeichneten Hilfsmitteln und die Abrechnung der erbrachten Leistungen für Versicherte der KKH-Allianz zu den vereinbarten Konditionen.

§ 1 Gegenstand des 2. Nachtrags

Gegenstand des 2. Nachtrags ist eine Ergänzung von § 1 des Rahmenabkommens.

§ 2 Versorgung der Versicherten in bestimmten Produktgruppen

§ 1 Abs. 1 wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

Eine Versorgung der Versicherten durch den Leistungserbringer nur in einer oder mehrerer Produktgruppen ist zulässig. Es besteht keine Verpflichtung des Leistungserbringers zur Versorgung der Versicherten in allen in den Anlagen und Anhängen genannten Produktgruppen. Der Leistungserbringer wird der KKH-Allianz mit Vertragsunterzeichnung die Produktgruppen anzeigen, zu deren Versorgung er sich verpflichtet. Im Falle der Änderung der zu versorgenden ist der Leistungserbringer zur unverzüglichen Anzeige dieser Änderung verpflichtet. Die Anzeige erfolgt in Schriftform.

§ 3 Ergänzender Hinweis

Auf den Nachtrag finden die Regelungen des mit Datum vom 01.11.2004 begründeten Vertrags sowie des 1. Nachtrags vom 06.10.2009 Anwendung.

Die darin aufgeführten Rechte und Pflichten der Vertragspartner bleiben bestehen.

§ 4 Inkrafttreten des 2. Nachtrags

Dieser Nachtrag tritt nach Unterzeichnung durch beide Vertragsparteien zum 01.08.2010 in Kraft.

Hannover, den 23.07.10

Bad Homburg, den 23.07.10

für die KKH-Allianz:



für die Fresenius Kabi Deutschland GmbH:

