

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.01.2006 ein Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung zwischen der Linde Gas Therapeutics GmbH und der KKH (Produktgruppen 01 „Absauggeräte“ und 21 „Messgeräte für Körperzustände“) geschlossen.

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

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

zhm@kkh.de

Achten Sie bitte darauf, dass, wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt wird, eine unterschriebene Anlage 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.**

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

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

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

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

**Hier: Beitrittserklärung zum Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung zwischen der Linde Gas Therapeutics GmbH und der KKH
(Produktgruppen 01 „Absauggeräte“ und 21 „Messgeräte für Körperzustände“)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung zwischen der Linde Gas Therapeutics GmbH und der KKH (Produktgruppen 01 „Absauggeräte“ und 21 „Messgeräte für Körperzustände“), nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

zum

**Rahmenabkommen über die Hilfsmittelversorgung zwischen
der Linde Gas Therapeutics GmbH und der KKH
(Produktgruppen 01 „Absauggeräte“ und 21 „Messgeräte für Körperzustände“)**

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

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

den, dass Änderungen und Ergänzungen des o. g. Vertrages uns gegenüber nach schriftlicher Bekanntgabe automatisch wirksam werden, es sei denn, wir widersprechen der Geltung der Änderungen schriftlich innerhalb einer Frist von 14 Tagen.

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**

**Linde Gas Therapeutics
Edisonstrasse 2**

85716 Unterschleißheim

Institutionskennzeichen : 590910900

- nachstehend Leistungserbringerin genannt -

und der

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

§ 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 Kassen zu den vereinbarten Konditionen. Andere Verträge auf der VdAK Landes- oder Ortsebene in der die in den Anlagen und Anhängen bezeichneten Hilfsmittel geregelt sind, verlieren ihre Gültigkeit.
- (2) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V sind zu beachten. Es werden nur Hilfsmittel abgegeben, die in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden bzw. für die bereits eine Pseudohilfsmittelpositionsnummer vergeben wurde. Befindet sich das Hilfsmittel noch im Antragsverfahren ist der zuständigen Krankenkasse die Bestätigung des Antragseingangs vom IKK-Bundesverband vorzulegen. Die Krankenkassen sind berechtigt unwirtschaftliche Hilfsmittel von der Versorgung auszuschließen.
- (3) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs.1 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (4) Die in den Anlagen vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Es steht dem Leistungserbringer frei, Angebote unterhalb der dort geregelten Konditionen einzureichen. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht. Es besteht Einigkeit darüber, dass dieser Vertrag einschließlich der gültigen Anlagen und Anhänge gleichartige Vereinbarungen jeder Kasse mit anderen Partnern/Leistungserbringern nicht ausschließt. Jede Kasse ist gemäß § 12 Abs. 1 SGB V berechtigt weitere Kostenvorschläge anderer zugelassener Leistungserbringer einzuholen oder einen anderen Leistungserbringer mit der Lieferung zu beauftragen, wenn dieser eine Versorgung zu wirtschaftlicheren Konditionen vornehmen kann. Dies gilt auch bei Vertragspreisen, wenn der Versorgungsvorschlag des Zweitansprechers durch die Wahl eines anderen Hilfsmittels wirtschaftlicher ist. Nur in diesem Fall wird dem Vertragspartner die Möglichkeit der Nachbesserung eingeräumt.
- (5) Dieser Vertrag nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V gilt nur, solange die Zulassung der Leistungserbringerin nach § 126 Abs. 1 SGB V besteht und die Zulassungsvoraussetzungen der Gruppen 1-3 erfüllt sind.
- (6) Der Leistungserbringer hat bei Bedarf der jeweiligen Krankenkasse die Nachweise der für die Versorgung und Beratung tätigen Medizinprodukteberater sowie die Schulungsinhalte für den Arzt vorzulegen. Weiter ist eine ausführliche Produktbeschreibung über die technische Ausstattung der in Verkehr zu bringenden Geräte vorzulegen.
- (7) Für die Leistungserbringung bedient sich die Leistungserbringerin ihrer angeschlossenen Niederlassungen oder Partnerbetriebe (siehe Anlage 3). Die Leistungserbringer, bzw. ihre Partnerbetriebe/ Niederlassungen, sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages verpflichtet. Das Mitgliederverzeichnis (Anlage 3) ist von der Leistungserbringerin nach den Kriterien Firmenbezeichnung, Postleitzahl, Ort, (ggf. Postfach), Straße, Bundesland, Telefon-Nr., Fax-Nummer IK-Nr. und dem Leistungserbringerschlüssel gemäß den Abrechnungsbestimmungen des § 302 SGB V zu erstellen und den Kassen mit dem jeweils aktuellen Stand zur Verfügung zu stellen. Änderungen sind den Kassen unverzüglich anzuzeigen.

§ 2 Wirtschaftlichkeit

Die Auswahl des zweckmäßigen Hilfsmittels hat entsprechend der ärztlichen Verordnung nach den Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der §§ 12 und 70 SGB V zu erfolgen. Ggf. ist zu diesem Zwecke mit dem verordnenden Arzt Kontakt aufzunehmen.

§ 3 Serviceleistungen

Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, kostenlos die Versicherten der Kassen und ggf. die betreuenden Personen über die Handhabung und Pflege der Hilfsmittel zu beraten und zu informieren. Die Leistungserbringerin stellt sicher, dass für die Information bzw. Beratung der Versicherten ein Bestand an Mustergeräten der gängigsten preislich geregelten Hilfsmittel vorgehalten wird. Diese Beratung und Information ist in den Geschäftsräumen der Leistungserbringerin bzw. bei Bedarf am Aufenthaltsort des Versicherten, z.B. Wohnung, Krankenhaus durchzuführen. Hausbesuche dürfen nur nach vorheriger Terminabsprache mit dem Versicherten erfolgen. Eine erforderliche Nachbetreuung ist kostenlos zu gewährleisten, unabhängig von evtl. erforderlichen Reparaturen. Es wird von der Leistungserbringerin sichergestellt, dass die Lieferung, Einweisung, Montage, Anpassung und Beratungsleistungen nur durch ausgebildetes Fachpersonal vorgenommen werden.

§ 4 Allgemeine Lieferungsvoraussetzungen

- (1) Eine Lieferung von Hilfsmitteln, die in den Anlagen und Anhängen zu diesem Vertrag aufgeführt sind, kann nur bei Vorliegen einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung zu Lasten der leistungspflichtigen Kasse erfolgen. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und der Behinderung des Versicherten voll gerecht werden. Nachträgliche Änderungen können grundsätzlich nur dann gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn sie ärztlicherseits verordnet wurden. Die Lieferung erfolgt frei Haus zuzüglich eventuell erforderlicher Montagen und Anpassungen.
- (2) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 14 Tagen - sofern nicht medizinische Gründe für eine andere Frist vorliegen - nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist. (Datum des Eingangsstempels).
- (3) Die Leistungserbringerin gewährleistet und erfüllt alle Anforderungen nach Maßgabe des MPG i. V. m. und der MPBetreibV. Die Leistungserbringerin verfügt über ein nachvollziehbares Qualitätssicherungssystem. Rechtsansprüche bei Verstößen gegen das MPG und der MPBetreibV gehen zu Lasten der Leistungserbringerin, bzw. ihrer Partnerbetriebe/ Niederlassungen. Die Auswahl der Hilfsmittel erfolgt in den Bereichen, in denen eine Produktgruppe zum Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht ist, unter den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 128 SGB V gelisteten Produkten. Es dürfen nur Hilfsmittel mit einem CE - Prüfzeichen nach der Richtlinie 93/42/EWG zum Einsatz kommen. Die Leistungserbringerin stellt die einwandfreie Versorgung der Versicherten mit funktionsgerechten, technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmitteln sicher.
- (4) Die Einzelheiten bzw. die Voraussetzungen über die Versorgungs-/ Vergütungsformen werden in den entsprechenden Anlagen und Anhängen geregelt.
- (5) Vor einer Lieferung bzw. Zurüstung muss ein schriftliches Kostenanerkennnis der leistungspflichtigen Kasse vorliegen. Der leistungspflichtigen Kasse muss hierfür neben der ärztlichen Verordnung ein schriftlicher Kostenvoranschlag (Anhang 2.2) vorgelegt werden. Ein schriftlicher Kostenvoranschlag ist nicht erforderlich, sofern eine Versorgungspauschale vereinbart wurde. Bei Instandsetzungen ist eine ärztliche Verordnung nicht erforderlich. Abweichende Regelungen der Kassen sind möglich.
- (6) Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, die Kostenvoranschläge (Anhang 2.2) so detailliert zu erstellen, dass eine exakte Bezeichnung und Beschreibung

des Hilfsmittels mit der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Pseudo-Hilfsmittelpositionsnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis,
der Versorgungsform (Wiedereinsatz, Neukauf, Wartung, Reparatur oder Versorgungspauschale)
der entsprechenden Preisangaben (zzgl. MwSt.),
des IK der Leistungserbringerin,
des Herstellers (ggf. Importeurs) sowie das entsprechende Zubehör und die Zurüstungen mit den einzelnen Preisangaben und ggf. Arbeitswerten

erkennbar ist. Solange eine oder mehrere fehlen, ist die Kasse nicht zur Leistung verpflichtet. Davon abweichende Regelungen sind in den Anlagen und Anhängen beschrieben.

- (7) Nach Genehmigung durch die leistungspflichtige Kasse ist das Hilfsmittel innerhalb von 5 Tagen auszuliefern (gilt nicht für handwerklich, individuell anzufertigende Hilfsmittel, die erst nach Kostenzusagen angefertigt werden können). Diese Lieferfrist gilt auch bei einer Versorgung über ein Wiedereinsatzverfahren oder bei Versorgungspauschalen. Verzögert sich die Lieferung für ein Hilfsmittel, so stellt die Leistungserbringerin dem Versicherten aushilfsweise und kostenlos ein funktionsähnliches Modell bis zur endgültigen Lieferung zur Verfügung. Davon abweichende Regelungen sind in den Anlagen und Anhängen beschrieben.
- (8) Der Versicherte hat den einwandfreien Zustand und den ordnungsgemäßen Empfang des Hilfsmittels unter Angabe des Datums zu bestätigen. Quittierungen, die im voraus erfolgen sind unzulässig. Soweit aus der ärztlichen Verordnung kein genau bezeichnetes Hilfsmittel hervorgeht, sind vorrangig die in den Anlagen aufgeführten Hilfsmittel nach den Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. § 2) zu verwenden. Abweichungen bei nicht vertraglich geregelten Produkten sind in schriftlicher Form zu begründen und dem Kostenvoranschlag beizufügen.
- (9) Von den Versicherten darf nur dann ein(e) Zuzahlung/Eigenanteil gefordert bzw. angenommen werden, wenn sie gesetzlich vorgeschrieben ist bzw. wenn vom Versicherten eine aus medizinischen bzw. therapeutischen Gründen nicht notwendige höherwertigere Versorgung gewünscht und von der leistungspflichtigen Kasse genehmigt wird. Wünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, müssen direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden. Vor Lieferung ist hierzu mit dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.
- (10) Werbemaßnahmen der Leistungserbringerin dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Kassen beziehen. Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung zu veranlassen. Ebenfalls ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung aufzusuchen oder sie in irgendeiner Weise dazu aufzufordern oder zu beeinflussen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt wurde. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandsetzungen bleiben davon unberührt. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen betreut werden.
- (11) Zur schnelleren Versorgung der Versicherten kann der Kostenvoranschlag oder die Versorgungsanzeige einschließlich der ärztlichen Verordnung vorab auch per Fax an die leistungspflichtige Kasse übermittelt werden.
- (12) Jeder Kasse steht es uneingeschränkt frei, die Versorgung ihrer Versicherten in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (13) Für die Neulieferung von Hilfsmitteln richtet sich der Umfang der Gewährleistung nach den gesetzlichen Bestimmungen (2 Jahre nach Aushändigung an den Versicherten), soweit nicht darüber hinausgehende Garantien des Herstellers bestehen. Für die im Rahmen der im Wiedereinsatz ausgelieferten Hilfsmittel vorgenommenen Instandsetzungen und Um-/ Aufrüstungen sowie bei Wartungen und Reparaturen, wird mit der Aushändigung an den Versicherten ebenfalls eine Gewährleistung von 2 Jahren auf die neu eingebauten Teile übernommen.
- (14) Soweit die Leistungserbringerin für einen Produktschaden verantwortlich ist, ist Sie verpflichtet die Kassen von Schadenersatzansprüchen Dritter freizustellen. Die Leistungserbringerin bzw. deren Mitglieds-/Partnerbetriebe sind verpflichtet eine Betriebshaftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme von € 1. Mio. pro Personenschaden/Sachschaden -pauschal- zu unterhalten.
- (15) Die Leistungserbringerin steht dafür ein, dass im Zusammenhang mit der Lieferung von Hilfsmitteln keine Rechte Dritter innerhalb der Bundesrepublik Deutschland verletzt werden. Werden die Kassen von einem Dritten deshalb in Anspruch genommen, so ist die Leistungserbringerin verpflichtet, die Kassen auf erstes schriftliches Anfordern von diesen Ansprüchen freizustellen.
- (16) Die Leistungserbringerin stellt sicher, Leistungen nur von Niederlassungen/ Partnerbetrieben erbracht werden, die nach DIN EN ISO 9000-Reihe oder DIN EN ISO 13485 zertifiziert sind.

§ 5 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Dritten

- (1) Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben.. Unzulässig sind regelmäßige, vorterminierte Sprechstunden von Leistungserbringern in Arztpraxen mit dem Ziel die Wahlfreiheit der Versicherten zu beeinflussen.

Eine Beeinflussung der Wahlfreiheit der Versicherten ist nicht zulässig. Als Einschränkung der Wahlfreiheit gelten auch Beratungen und Versorgung in Arztpraxen, stationären oder sonstigen außerbetrieblichen Einrichtungen über den Einzelfall/Notfall hinaus, mit dem Ziel die Entscheidung des Versicherten zu beeinflussen.

- (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 Arztes durch den Leistungserbringer 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.

§ 6 Preisgestaltung

Die Preisgestaltung wird in den Anlagen und Anhängen zu diesem Vertrag geregelt (siehe Verzeichnis im § 11). Es werden seitens der Kasse die Vertragspreise vergütet

§ 7 Geheimhaltungspflicht (Datenschutz)

- (1) Die Leistungserbringerin 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, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die Leistungserbringerin unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der jeweils leistungspflichtigen Kasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kassen erforderlich sind.

§ 8 Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

Bei Verstößen gegen die aus diesem Vertrag erwachsenden Pflichten kommen als Maßnahmen - nach Anhörung der Betroffenen - eine Verwarnung bis hin zu einem Auftragsvergabeverbot der betroffenen Leistungserbringerin bzw. ihrer betroffenen Partnerbetriebe/ Niederlassungen in Betracht. Die Leistungserbringerin haftet für mögliche Vermögensschäden, die den Kassen aus Vertragsverstößen entstanden sind. Unabhängig von der Höhe des nachgewiesenen Vermögensschadens behält sich jede Kasse das Recht vor, im Fall eines erheblichen oder fortgesetzten Vertragsverstoßes den Vertrag fristlos zu kündigen bzw. den betroffenen Partnerbetrieb/ Niederlassung von der Versorgung auszuschließen.

§ 9 Rechnungslegung

Die Rechnungslegung ist in Anlage 5 geregelt

§ 10 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 01.01.2006 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 vertragschließenden Parteien kurzfristig neue Verhandlungen. In diesem Falle gelten die Vertragspreise weiter. Nebenabreden bedürfen der Schriftform. Die mit dem VdAK/AEV auf Bundes-, Landes- oder Ortsebene geschlossenen Verträge finden keine Anwendung für die vertraglich geregelten Produktbereiche. Bestehende Verträge zwischen der Kasse und der Leistungserbringerin verlieren nach Abschluss dieser Vereinbarung ihre Gültigkeit, für die in den Anlagen und Anhängen geregelten Produktbereiche.

§ 11 Kündigungsfristen

Dieser Vertrag, seine Anlagen und Anhänge können mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum 31.10.2006, ohne Angabe von Gründen, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Anlagen und Anhänge dieses Vertrages können einzeln gekündigt werden. Das Rahmenabkommen (Vertrag über die Hilfsmittelversorgung) bleibt dadurch unberührt. Eine Kündigung des Rahmenabkommens schließt eine Kündigung der Anlagen und Anhänge ein. Sollten Teile dieses Vertrages oder seiner Anlagen und Anhänge gegen gesetzliche Bestimmungen verstoßen, bleibt der Vertrag im übrigen wirksam.

§ 12 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages nicht rechtswirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit durch einen späteren Umstand verlieren oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird hierdurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Vertragsbestimmungen bzw. zur Ausfüllung von Lücken soll eine angemessene Regelung treten, die, soweit möglich, dem am nächsten kommt, was die Vertragsparteien gewollt haben würden, sofern sie diesen Punkt bedacht hätten.

§ 13 Anlagen und Anhänge

Die nachstehenden Anlagen und Anhänge sind Bestandteil des Vertrages. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen bedürfen der Schriftform.

Anlage 1	Vertrag über Versorgungspauschalen	
Anhang 1.1	Eigentumsvorbehaltserklärung für Versorgungspauschalen	
Anhang 1.2	Muster-Versorgungsanzeige	
Anhang 1.3	Preisvereinbarung	
Anhang 1.3.1	Absauggeräte	03.24.
Anhang 1.3.7	Messgeräte für Körperzustände	21.24.02
Anhang 1.4 Rückkauf der versorgungspauschalfähigen Hilfsmittel		
Anlage 2	Vertrag zum Kauf- / Wiedereinsatzverfahren	
Anhang 2.1	Empfangsbestätigung und rechtliche Hinweise	
Anhang 2.2	Musterkostenvoranschlag	
Anhang 2.3	Konditionen Kaufpreise	
Anlage 3	Verzeichnis der Standorte und Servicenummern der Partnerbetriebe / Niederlassungen	
Anlage 4	Anschrift des zuständigen Abrechnungszentrums	
Anlage 5	Abrechnungsregelung § 302 SGB V	
Anlage 6	Abweichende Regelungen der Kassen	

§ 1 Gegenstand der Anlage 1

- (1) Diese Anlage einschließlich der Vergütungsvereinbarungen regelt die Versorgung mit Hilfsmitteln im System von Versorgungspauschalen. Die Zusammenarbeit für die hierin geregelten Produkte erfolgt ausschließlich auf Basis dieser Anlage. Ergänzungen von Produktarten in das System pauschaler Vergütungen werden schriftlich und einvernehmlich geregelt.
- (2) Im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung hat das System der Versorgungspauschalen Vorrang gegenüber dem Kauf-/ Wiedereinsatzverfahren (siehe Anlage 2). Grundsätzlich werden im Rahmen der Versorgungspauschalen nur Hilfsmittel für die Kassen eingesetzt, die hygienisch unbedenklich (Reinigung, Desinfektion gem. Herstellerangaben) und funktionsgerecht sind und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen.
- (3) Im System der Versorgungspauschalen bleibt die Leistungserbringerin Eigentümerin der an die Versicherten der jeweiligen Kasse abgegebenen Hilfsmittel und übernimmt alle Rechte und Pflichten nach dem MPG i. V. m. der MPBetreibV.

§ 2 Lieferungsvoraussetzungen im System der Versorgungspauschalen

- (1) Bei Hilfsmitteln, einschließlich pauschal abgegoltenem Zubehör bzw. Zurüstungen, für die Versorgungspauschalen vereinbart worden sind, muss vor einer Lieferung eine schriftliche Versorgungsanzeige (entsprechend Anhang 1.2) mit Angabe der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer, bei der leistungspflichtigen Kasse erfolgen. Sollte das Hilfsmittel noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sein, ist die 7stellige Produktgruppenbezeichnung anzugeben. Die Verordnung ist der Versorgungsanzeige beizufügen. Soweit die Leistungsvoraussetzungen nicht gegeben sein sollten, wird die Leistungserbringerin durch die Kasse umgehend über die Ablehnung informiert. Bei einer Versorgung nicht in der Versorgungspauschale enthaltenem Zubehör bzw. Zurüstungen muss vor einer Lieferung ein schriftliches Kostenanerkennnis der leistungspflichtigen Kasse vorliegen. Der leistungspflichtigen Kasse ist hierfür ein separater schriftlicher Kostenvoranschlag (Anhang 2.2) einschließlich ärztlicher Verordnung und therapeutischer Begründung für die erweiterte Versorgung vorzulegen. Zur schnelleren Versorgung der Versicherten kann die Versorgungsanzeige bzw. der Kostenvoranschlag bei nicht pauschal vergütetem Zubehör bzw. Zurüstungen einschließlich ärztlicher Verordnung vorab auch per Fax übermittelt werden. Die ärztliche Verordnung muss spätestens bei der Abrechnung im Original vorliegen. Den Krankenkassen ist auf Verlangen jederzeit die ärztliche Verordnung vorzulegen.
- (2) Die Leistungserbringerin liefert dem Versicherten das Hilfsmittel ohne Verzögerung innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Versand der Versorgungsanzeige bzw. nach Zugang des bewilligten Kostenvoranschlags bei nicht pauschal vergütetem Zubehör bzw. Zurüstungen. Verzögert sich die Lieferung für ein Hilfsmittel, so stellt die Leistungserbringerin dem Versicherten aushilfsweise und kostenlos ein funktionsähnliches Modell bis zur endgültigen Lieferung zur Verfügung. Die Leistungserbringerin vereinbart mit dem Versicherten der leistungspflichtigen Kasse die rechtlichen Bedingungen der leihweisen Überlassung von Hilfsmitteln im Rahmen von Versorgungspauschalen (Anhang 1.1).
- (3) Mit der Versorgungspauschale sind alle Sach- und Servicedienstleistungen innerhalb des Nutzungszeitraumes des Hilfsmittel abgedeckt.
- (4) Hierzu zählen insbesondere:
 - Beratung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen (ggf. Haus- oder Krankenhausbesuch)
 - Anlieferung
 - Montage
 - Anpassung
 - Einweisung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen in den sachgerechten Gebrauch (gem. § 5 MPBetreibV)
 - Wartung (routinemäßige Kontrolle, Sicherheitsprüfung)
 - Reparatur inkl. Ersatz defekter Teile (ggf. Batterieaustausch, Interimsversorgungen bei länger dauernden Reparaturen) sowie

- Abholung

- (5) Das im Anhang genannte Zubehör und die Zurüstungen bei Bedarf sind durch die Versorgungspauschale abgedeckt. Dieses Zubehör und Zurüstungen hat die Leistungserbringerin zur Verfügung zu stellen, wenn ein entsprechender Bedarf festgestellt oder wenn diese ärztlich verordnet wurden. Etwaige Hilfsmittelerneuerungen innerhalb der Versorgung gehen zu Lasten der Leistungserbringerin; hiervon ausgenommen sind medizinisch indizierte Änderungen (inkl. Verordnung).
- (6) Ein über den im Anhang vereinbarten maximalen Nutzungszeitraum der jeweiligen Produktarten zeitlich hinausgehender Versorgungsfall wird der leistungspflichtigen Kasse von der Leistungserbringerin vor Ablauf des Zeitraumes zur Prüfung vorgelegt. Die leistungspflichtige Kasse entscheidet über die weitere erforderliche Hilfsmittelversorgung gemäß Abs. 1.
- (7) Wenn die Kassen erfahren, dass ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt wird oder in einem Todesfall informieren die Kassen umgehend die Leistungserbringerin. Bei der Abholung von Hilfsmitteln stellt die Leistungserbringerin sicher, dass nur die Hilfsmittel zurückgeholt werden, die sich in ihrem Eigentum befinden. Sollte nachweislich durch einen Leistungserbringer fremdes Eigentum abgeholt worden sein, müssen ggf. Schadensersatzansprüche bei dem Abholer selbst geltend gemacht werden. Sollten andere Vertragspartner der Kassen die Abholung durchgeführt haben, sichern die Kassen Unterstützung bei der Durchsetzung der Forderungen zu.
- (8) Zum Beginn des Versorgungspauschalenvorgangs übernimmt die Leistungserbringerin käuflich alle in ihrem Lager befindlichen technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmittel der jeweiligen Kasse, für die Versorgungspauschalen vereinbart wurden. Dieses gilt auch für Hilfsmittel, die von der Kasse mit Eigentumsvorbehalt an die Versicherten ausgegeben wurden und von den Versicherten zurückgegeben werden. Für die Erst- und Folgeübernahmen muss das schriftliche Einverständnis der Kasse vorliegen. Die Konditionen und der konkrete Ablauf sind im Anhang 1.4 geregelt. Bei Kündigung dieser Anlage kann jede Kasse die technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmittel, die von den Versicherten nicht mehr benötigt werden, bzw. die im Rahmen des Rückkaufs von den Kassen erworben wurden, zurückkaufen. Die Leistungserbringerin hat der jeweiligen Kasse umgehend ein Angebot zur Übernahme bzw. zur Rückgabe des Hilfsmittelbestandes zu unterbreiten.
- (9) Abweichende Regelungen der Kassen sind in Anlage 6 geregelt

§ 3 Preisgestaltung

- (1) Die Preisgestaltung ist in den Anhängen geregelt. Mit den genannten Entgelten ist der in den Anhängen beschriebene Leistungsumfang sowie das dort aufgeführte Zubehör/ Zurüstungen bei Bedarf pauschal abgegolten.
- (2) Zubehör und Zurüstungen, die nicht in den Versorgungspauschalen enthalten sind, können nach Genehmigung des Kostenvoranschlags als Aufpreis abgerechnet werden.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich von der Auslieferung an, nach einem Zeitraum von 3 Monaten im Rahmen der Compliance Prüfung im Versorgungszeitraum I (1 Jahr)

den Stundenzähler abzulesen und an die Kasse zu melden. Sofern die Prüfung der zuständigen Krankenkasse ergibt, dass eine weitere Nutzung nicht zu ihren Lasten erfolgen darf, wird der Leistungserbringer umgehend informiert. In diesem Fall ist lediglich die Abbruchpauschale gemäß Anhang 1.3.6 abrechenbar.

- (4) Für nCPAP (PG 14.24.07.0/2), BIPAP (14.24.07.1/4) und nCPAP Spezialgeräte (PG 14.24.07.8) ist eine weitere Berechnung nur zulässig, wenn der Stand des Betriebstundenzählers auf eine ständige Nutzung schließen lässt. Dazu ist 2 Monate vor Ablauf des Pauschalzeitraumes eine Verlängerungsanzeige mit Angabe der Stunden, in denen das Gerät vom Patienten genutzt wurde, bei der von der Krankenkasse benannten Stelle einzureichen.

§ 4 Reparaturen

- (1) Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, Reparaturen und die Ersatzteilversorgung von Hilfsmitteln zu übernehmen und zu garantieren. Die Leistungserbringerin stellt sicher, dass die erforderlichen Reparaturen im Regelfall binnen 48 Stunden erfolgen. Sind Reparaturen nicht vor Ort durchführbar, stellt die Leistungserbringerin dem Versicherten aushilfsweise und kostenlos ein funktionsgleiches oder -ähnliches Modell bis zur endgültigen Reparatur zur Verfügung.
- (2) Es wird von der Leistungserbringerin ein allgemeiner telefonischer Notdienst während der üblichen Geschäftszeiten sowie ein aktiver 24-Stunden-Notdienst mit direkter persönlicher Erreichbarkeit für Hilfsmittel mit lebenserhaltender Funktion vorgehalten. Beim 24-Stunden-Notdienst ist von der Leistungserbringerin ständig gewährleistet, dass auf kürzestem Wege die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit oder eine gleichwertige Versorgung beim Versicherten erreicht wird. Der allgemeine telefonische Notdienst und der 24-Stunden-Notdienst ist für die Kassen und die Versicherten kostenfrei (Ausnahme Telefongebühren).
- (3) Der Versicherte der Kasse kann sich bei Reparaturen von pauschal vergüteten Hilfsmitteln telefonisch mit der jeweiligen Partnerbetriebe/ Niederlassungen Verbindung setzen. Die Partnerbetriebe/ Niederlassungen stellen sicher, dass die notwendigen Reparaturen umgehend durchgeführt werden, ggf. erfolgt die Beauftragung eines Dritten durch den Leistungserbringer vor Ort auf Rechnung der Leistungserbringerin bzw. ihrer Partnerbetriebe/ Niederlassungen. Die Leistungserbringerin informiert den Versicherten und ggf. die betreuenden Personen über diesen Sachverhalt.

**Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung
für die Hilfsmittelversorgung
im Rahmen von Versorgungspauschalen**

Die _____ stellt dem/der Versicherten

_____, geb.:

wohnhaft: _____ Tel.:

für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit folgendes Hilfsmittel

einschließlich folgendem medizinisch notwendigen Zubehör als Sachleistung

durch Lieferung der Firma _____ zur Verfügung.

Das vorgenannte Hilfsmittel und Zubehör/Zurüstungen verbleibt im Eigentum des Lieferbetriebes.

Stempel des Lieferbetriebes

Nutzung und Gewährleistungshinweise

1. Das o. g. Hilfsmittel steht ausschließlich dem o. g. Versicherten zum sachgemäßen Gebrauch zur Verfügung und bleibt Eigentum des Lieferbetriebes.
2. Der/die Versicherte hat eine Nutzung durch Dritte zu verhindern, ausreichend gegen Diebstahl zu sichern und haftet für alle daraus entstehenden Schäden. Verletzt der Versicherte seine Verpflichtung auf ausreichende Sicherung des Hilfsmittels, so haftet er dem Lieferbetrieb auf Ersatz des Zeitwertes des Hilfsmittels. Bei Beschädigungen durch Dritte ist dem Lieferbetrieb unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln.
3. Der Versicherte hat das Hilfsmittel bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich zu behandeln. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grob fahrlässiges Verhalten/Vorsatz entstehen, hat der Versicherte auf eigene Kosten durch den Lieferbetrieb beseitigen zu lassen.
4. Der Versicherte haftet für eine ordnungsgemäße, ggf. trockene Unterbringung des Hilfsmittels
5. Der Versicherte hat die Kasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben.
6. Schäden und Verschleißerscheinungen jeder Art sind dem Lieferbetrieb unverzüglich anzuzeigen. Die Hilfsmittel sind dem Lieferbetrieb gegen Ersatz zur Reparatur zu überlassen. Die Hinweise in der Gebrauchsanweisung sind zu beachten, da Folgeschäden an

**Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung
für die Hilfsmittelversorgung
im Rahmen von Versorgungspauschalen**

sonsten nicht in die Gewährleistung fallen. Eine Gewährleistung im Falle von Reparaturen und Wartungen durch Fremdfirmen erfolgt nicht, es sei denn, der Lieferbetrieb hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu erklärt. Wartungsort ist grundsätzlich der Lieferbetrieb.

7. Der Lieferbetrieb leistet Gewähr für die Güte und Funktionsfähigkeit des o. g. Hilfsmittels im Rahmen der Gewährleistung des Herstellers und der gesetzlichen Bestimmungen.
8. Adress- und Namensänderungen sowie die Ausfuhr des Hilfsmittels in das Ausland sind dem Lieferbetrieb mitzuteilen
9. Wenn die medizinischen Gründe für die Verwendung des Hilfsmittels entfallen, ist der Lieferbetrieb unverzüglich zu unterrichten. Das Hilfsmittel ist zur Abholung bereitzustellen. Wird diese Verpflichtung durch den Versicherten oder dessen Erben verletzt, so kann der Lieferbetrieb den ihm hierdurch entstehenden Schaden geltend machen.
10. Das Hilfsmittel wurde mit heute in einem einwandfreien Zustand übergeben. In dem Gebrauch des Hilfsmittels wurde ich eingewiesen. Über die Lieferungs-, Wartungs- und Nutzungshinweise wurde ich informiert.

_____, den
Ort

Datum

Unterschrift des Versicherten
oder dessen gesetzlichen Vertreter

Muster - Versorgungsanzeige

Name und Anschrift des
Leistungserbringers
IK des Leistungserbringers
Leistungserbringergruppenschlüssel

Name, Vorname des Versicherten: _____, geb.:

Anschrift: _____ VersNr.:

Hilfsmittelpositionsnummer: (10stellig)

Hilfsmittel in Klartext:

Diagnose:

Tag der Versorgung:

Gewährleistungszeitraum:

Preis Versorgungspauschale:

Kostenvoranschlag für erweitertes Zubehör erforderlich: ja nein

Versorgungspauschalen			
Produkt	Absauggeräte		
Produktart	Sekret-Absauggerät		
Hilfsmittelnummer:	01.24.01.0	01.24.01.1	01.24.02.1
KZ HIMI	08		
Produktbeschreibung	Sekret-Absauggerät mit geringer Saugleistung, netzabhängig (bis 16l)	Sekret-Absauggerät mit normaler Saugleistung, netzabhängig (über 16l)	Sekret-Absauggerät mit normaler Saugleistung, netzunabhängig (über 16l)
Erstausrüstungsset	50 Absaugkatheter, 1 Ersatzfilter, Fingertips		
Zurüstungen	-		
Preis (Netto)	290,00	300,00	480,00 €
Mehrwertsteuersatz	16 %		
Versorgungszeitraum	5 Jahre		

Versorgungspauschalen	
Produkt	Absauggeräte
Produktart	Sekret-Absauggerät
Hilfsmittelnummer	01.24.02.0
KZ HIMI	08
Produktbeschreibung	Sekret-Absauggerät mit geringer Saugleistung, netzunabhängig (bis 16l)
Erstausrüstungsset	50 Absaugkatheter, 1 Ersatzfilter, Fingertips
Zurüstungen	-
Preis (Netto)	380,00 €
Mehrwertsteuersatz	16 %
Versorgungszeitraum	5 Jahre

Die Abrechnung des Zubehörs erfolgt auf der Maximalbasis des Apothekeneinkaufspreises gem. Lauer-taxe + 10%.

Versorgungspauschalen			
Produkt	Meßgeräte für Körperzustände/ -funktionen		
Produktart	Atemfrequenz-Monitore	Kombinierte Atem- und Herzfrequenzmonitore ohne integriertem Speicher	Kombinierte Atem- und Herzfrequenzmonitore mit integriertem Speicher
Hilfsmittelnummer	21.24.02.0	21.24.02.2	21.24.02.4
KZ HIMI	08		
Produktbeschreibung	—		
Zubehör (bei Bedarf)	• Sensoren • Elektroden • Patientenkabel • Verbrauchsmaterial		
Zurüstungen (bei Bedarf)	—		
Preis (Netto)	486,00 €	1100,00 €	1278,00 €
Mehrwertsteuersatz	Regelsteuersatz		
Versorgungszeitraum	Je Versorgungsfall		

Die Leistungserbringerin übernimmt zu Beginn des Versorgungspauschalenvorgangs alle in ihrem Lager befindlichen und für die Versorgungspauschalen vorgesehenen Hilfsmittel der Kassen. Dieses gilt auch für Hilfsmittel, die derzeit von der Kasse unter Eigentumsvorbehalt ausgegeben wurden und von den Versicherten zurückgegeben werden.

Zur Umsetzung der o.g. Klausel wird folgendes vereinbart

- 1) Die bei der Leistungserbringerin (Niederlassungen/Partnerbetriebe) eingelagerten und im Eigentum der Kassen befindlichen Hilfsmittel oder zukünftig von Versicherten der Kassen zurückgegebenen Hilfsmittel werden gemäß den untenstehenden Konditionen von der Leistungserbringerin übernommen. Für den Übernahmebestand erstellt die Leistungserbringerin je Kasse eine Lagerbestandsliste aus welcher Artikelbezeichnung, Lagerort etc. hervorgeht, aufgesplittet nach West und Ost.
- 2) Dabei werden die Hilfsmittel, die in der Vergangenheit nicht in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgenommen wurden, aber den Anforderungen entsprechen, analog bewertet.
- 3) Für alle im Anschluss an den Vertragsbeginn von den Partnerbetrieben/ Niederlassungen der Leistungserbringerin zurückgekauften Hilfsmittel wird quartalsweise eine Verrechnung vorgenommen. Die Mitgliedsbetriebe der Leistungserbringerin liefern hierfür einen Nachweis, daß das Hilfsmittel beim Versicherten abgeholt wurde. Die Verrechnung erfolgt mit der nächsten Sammelrechnung im darauffolgenden Monat. Die Kassen erhalten eine detaillierte Liste mit den zu übernehmenden Hilfsmitteln.

Hilfsmittelpositionnummer	Hilfsmittel	Rückkauf Euro
14.24.04.0 14.24.04.1	O2-Konzentratoren	N.N
14.24.05.0	O2-Flaschensysteme stationär bzw. mobil/tragbar ohne Atemtriggerung	N.N
14.24.05.4	O2-Flaschensysteme stationär bzw. mobil/tragbar mit Atemtriggerung	N.N
14.24.07.0	CPAP	N.N
14.24.07.2	CPAP mit Befeuchter	
14.24.07.1	BIPAP	
14.24.07.4	BIPAP mit Befeuchter	
14.24.07.8	Automatisch anpassendes Druckniveau	

§ 1 Gegenstand der Anlage 2

- (1) Diese Anlage einschließlich des Anhangs regelt die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der Kassen im Kauf- und Wiedereinsatzverfahren.
- (2) Im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung hat das System der Versorgungspauschalen (Anlage 1) Vorrang gegenüber dem Kauf- und Wiedereinsatzverfahren.

§ 2 Lieferungsvoraussetzungen

- (1) Soweit sich geeignete Hilfsmittel in der Lagerhaltung befinden, sind Neulieferungen nicht durchzuführen. Es wird von der Leistungserbringerin geprüft, ob eingelagerte funktionsgleiche Hilfsmittel ggf. durch Umrüstung zum Einsatz gelangen können. Die Leistungserbringerin hat sicherzustellen, dass vor dem Einreichen eines Versorgungsvorschlages (Anhang 2.2) die Möglichkeit eines Wiedereinsatzes von kasseneigenen Hilfsmitteln durch eine Abfrage des Lagerbestandes sämtlicher Partnerbetriebe/ Niederlassungen der Leistungserbringerin innerhalb von 24 Stunden geprüft wird und zusammen mit dem Versorgungsvorschlag durch einen qualifizierten Auskunftsnachweis dokumentiert ist.
- (2) Der Versicherte hat den einwandfreien Zustand und den ordnungsmäßigen Empfang des Hilfsmittels unter Angabe des Datums zu bestätigen (Muster der Empfangsbestätigung siehe Anhang 2.1).
- (3) Ausgelieferte Hilfsmittel sind von der Leistungserbringerin dauerhaft, eindeutig und nicht direkt einsehbar mit einer Registernummer zu kennzeichnen.

§ 3 Lagerhaltung und Wiedereinsatz

- (1) Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, Hilfsmittel, die den Versicherten der Kassen ausgeliefert und unter Eigentumsvorbehalt der Kassen geliefert wurden, kostenlos abzuholen, ohne zeitliche Verzögerung ins Lager zu nehmen und sofort in die bundesweite Bestandsführung aufzunehmen. Die Beauftragung des Lieferbetriebes bzw. einer Leistungserbringerin (Niederlassung/Partnerbetrieb) für die Abholung erfolgt über die jeweils zuständigen Geschäftsstellen. Der beauftragte Lieferbetrieb bestätigt dem Versicherten schriftlich die Abholung der zurückgegebenen Hilfsmittel. Danach ist von der Leistungserbringerin zu prüfen, ob das Hilfsmittel aufgrund seines technischen Zustandes, ggf. nach entsprechender Aufarbeitung, noch für die weitere Verwendung geeignet ist. Die Kosten sind mit den Wiedereinsatzpauschalen (Anhang 2.5) abgegolten.
- (2) Sofern ein zurückgenommenes Hilfsmittel nicht mehr instandgesetzt werden kann oder eine weitere Verwendung aus technischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr sinnvoll ist, wird die zuständige Geschäftsstelle bzw. das Hilfsmittelzentrum der jeweiligen Kasse mit Angabe der Gründe unverzüglich informiert. Die Verschrottung bedarf der schriftlichen Zustimmung der jeweiligen Kasse.
- (3) Die Leistungserbringerin übernimmt kostenlos die Einlagerung sowie die gesamte Verwaltung mittels einer EDV-Anlage für den Lagerbestand der unter Eigentumsvorbehalt der Kassen abgegebenen und zurückgenommenen Hilfsmittel. Das EDV-Programm ist mandantensicher und gewährleistet, dass andere Vertragspartner der Leistungserbringerin keinen Zugriff zum jeweiligen Bestand der Kassen haben. Die Leistungserbringerin stellt den Kassen auf Anfrage monat-

lich Bestands- und Bewegungslisten in einem mit den Kassen abgestimmten einheitlichen Aufbau kostenlos zur Verfügung. Auf Wunsch kostenlos per Datenträger/Diskette in einem handelsüblichen Standard-Datenformat (Lotus oder Microsoft). Den Kassen steht es jederzeit frei, auch andere Zeiträume für die Erstellung und Übermittlung der Bestands- und Bewegungsliste vorzugeben.

- (4) Eine Einlagerung und ein Wiedereinsatz kasseneigener Hilfsmittel wird nur für hygienisch unbedenkliche (Reinigung, Desinfektion analog Herstellerangaben) Hilfsmittel vorgenommen und nur für Hilfsmittel für die eine Wiedereinsatzpauschale im Anhang geregelt ist und ein Wiedereinsatz wirtschaftlich ist. Ein wirtschaftlicher Wiedereinsatz liegt vor, wenn durch den Wiedereinsatz einer leistungspflichtigen Kasse nur maximal 70% der Gesamtkosten einer Neulieferung gemäß dieser Anlage entstehen.
- (5) Die Leistungserbringerin versichert die von den Kassen am Lager gehaltenen Hilfsmittel gegen Beschädigung jeglicher Art sowie gegen Diebstahl, Brand etc.
- (6) Über den aktuellen Lagerbestand können sich die Dienststellen der Kassen jederzeit telefonisch bei jeden Partnerbetrieben/ Niederlassungen informieren. Der Vorrang des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln der Kassen gilt auch dann, wenn das benötigte Hilfsmittel aus dem Lager eines anderen Vertragspartners der Kassen bezogen werden kann.
- (7) Es ist von der Leistungserbringerin sicherzustellen, dass Reservierungsvermerke für Hilfsmittel im Lagerbestand nach spätestens vier Wochen wieder gelöscht werden. Bei der Reservierung sind der Auftraggeber und das Reservierungsdatum festzuhalten.
- (8) Die Leistungserbringerin hat die technisch, optisch und hygienisch einwandfreie Beschaffenheit (Reinigung; Desinfektion analog Herstellerangaben) und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel zu garantieren. Des weiteren gilt § 4 Abs. 11 der Rahmenvereinbarung. Garantieverpflichtungen bestehen nur für ersetzte Teile im Rahmen der Herstellergarantie. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt hiervon unberührt.
- (9) Den Kassen steht es jederzeit frei, den Lagerbestand unangemeldet nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.

§ 4 Reparaturen

- (1) Die Leistungserbringerin verpflichtet sich, Reparaturen und die Ersatzteilversorgung von Hilfsmitteln zu übernehmen und zu garantieren. Ein Kostenvoranschlag (Anhang 2.2) und eine Kostenzusage durch die Kassen ist erforderlich, dies kann ggf. per Fax erfolgen. Die Leistungserbringerin stellt sicher, dass die erforderlichen Reparaturen im Regelfall binnen 48 Stunden erfolgen. Sind Reparaturen ausnahmsweise nicht umgehend durchführbar, stellt die Leistungserbringerin dem Versicherten aus-hilfsweise und kostenlos ein funktionsgleiches oder -ähnliches Modell bis zur endgültigen Reparatur zur Verfügung.
- (2) Es wird von der Leistungserbringerin bzw. deren Partnerbetrieben/ Niederlassungen ein allgemeiner telefonischer Notdienst während der üblichen Geschäftszeiten sowie ein 24-Stunden-Notdienst mit direkter persönlicher Erreichbarkeit für Hilfsmittel mit lebenserhaltender Funktion vorgehalten. Beim 24-Stunden-Notdienst ist von der Leistungserbringerin ständig gewährleistet, dass auf kürzestem Wege die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit oder eine gleichwertige Versorgung beim Versicherten erreicht wird. Der allgemeine telefonische Notdienst und der

24-Stunden-Notdienst ist für die Kassen und die Versicherten kostenfrei (Ausnahme Telefongebühren).

- (3) Der Versicherte kann sich bei Reparaturen von Hilfsmitteln telefonisch mit dem einzelnen Partnerbetrieb in Verbindung setzen. Der jeweilige Partnerbetrieb stellt sicher, dass die notwendigen Reparaturen umgehend durchgeführt werden.

§ 5 Preisgestaltung

- (1) Die Gestaltung der Konditionen für den Kauf von Hilfsmitteln und die Wiedereinsatzpauschalen sind in den Anhängen umfassend geregelt. Diese vereinbarten Konditionen treten außer Kraft, soweit Festbeträge gelten, die unter den Vertragspreisen liegen.
- (2) Den in den Anhängen genannten Konditionen ist der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz hinzuzurechnen.
- (3) Die Leistungserbringerin stellt den Kassen bei Bedarf die aktuellen Herstellerpreislisten für die Vertragsartikel zur Verfügung.

Bei Rückfragen.

Versicherungs-Nr.

Datum.

Empfangsbestätigung und rechtliche Hinweise (vom Lieferanten/Vertragspartner auszufüllen) im Rahmen des Kauf-/ Wiedereinsatzverfahrens

Herr/Frau.

erhält leihweise von der Krankenkasse

folgendes Hilfsmittel:

Hersteller.

Hilfsmittelpositionsnummer/ ggf. Pseudo-Hilfsmittelpositionsnummer.

Positions-/Fahrgestell-Nr.

Registrier-Nr.

durch den Lieferanten:

Leistungserbringergruppenschlüssel

Vereinbarung:

Der/die Versicherte erklärt hiermit, dass er/sie das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten hat und eine Einweisung bzw. Ausbildung (soweit erforderlich) erfolgte.

Der 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. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl hinreichend zu sichern,
4. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
5. die Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum der Krankenkasse. Wenn die medizinischen Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an die Krankenkasse zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit Ihrer Geschäftsstelle in Verbindung.

....., den.

Unterschrift*

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

Muster-Kostenvoranschlag

Name und Anschrift des
Leistungserbringers
IK des Leistungserbringers

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb.

Anschrift: _____ Vers.Nr.: _____

Versorgungsform z.B. Neukauf /Reparatur

Hilfsmittelpositionsnummer: (10stellig)

Hilfsmittel in Klartext:

Hersteller:

1. Hilfsmittel

Nettopreis des Hilfsmittels
- Rabatt
Zwischensumme
zzgl. MwSt.
Bruttopreis des Hilfsmittels

Nettopreis des Zubehörs
- Rabatt
Zwischensumme
zzgl. MwSt.
Bruttopreis des Zubehörs

Gesamtbrutto-Preis des Hilfsmittels

2. Hilfsmittel

Gesamtbrutto-Preis des Hilfsmittels

Gesamtbrutto des Kostenvoranschlages

Anlage 4 Anschrift des zuständigen Abrechnungszentrums der Leistungserbringerin

Bis auf weiteres erstellt der Leistungserbringer seine Abrechnungen selbst.

Anlage 5 Abrechnung nach § 302 SGB V

§ 1

Verwendung des Institutionskennzeichens

Jede zugelassene Betriebsstätte des Leistungserbringers muss über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) verfügen, das bei der Abrechnung mit den Kooperationskassen verwendet wird. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen) kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vornehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung oder der zugelassenen Betriebsstelle unabhängiges, gesondertes IK beantragen.

2. Besitzt der Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1275 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.
3. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten einschl. Daten der aktuellen Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Kooperationskassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
4. Das gegenüber den Kooperationskassen zur Abrechnung oder Genehmigung von Leistungen verwendete IK ist den Kooperationskassen bei der Zulassung mitzuteilen. Maschinelle Abrechnungen nach § 302 SGB V mit den Kooperationskassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
5. Das IK ist in jeder Versorgungsanzeige, Versorgungsvorschlag, jedem Kostenvoranschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. One IK oder schriftliche Unterlagen mit fehlerhaftem IK werden von den Kooperationskassen abgewiesen. Gleiches gilt für bei den Kooperationskassen eingereichte Unterlagen mit einem bei der SVI nicht gespeicherten oder unbekannten IK.
6. Die unter dem gegenüber den Kooperationskassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Begleichung der maschinellen Abrechnungen von Hilfsmittel durch die Kooperationskassen .

Anlage 5 Abrechnung nach § 302 SGB V

Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Kooperationskassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z.B. wegen Pfändungen, Insolvenz etc.

§ 2

Abrechnungsregelung

- 1 Für die Abrechnung gelten ausschließlich die Richtlinien und deren technische Anlagen 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. Sollten die Inhalte der Richtlinien nicht beachtet werden oder die beigelegten Urbelege und ärztliche Verordnungen nicht vollständig und ordnungsgemäß ausgefüllt und sortiert sein, können die Unterlagen den Rechnungsstellern zurück gesandt werden. Die hierdurch entstehenden zeitlichen Verzögerungen sind von dem Rechnungssteller zu verantworten.
2. Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen 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, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betroffenen Leistungserbringern 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. Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der von der Kooperationskasse beauftragten Stelle für die Datenannahme anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.
4. Die Rechnungslegung erfolgt je zugelassenen Leistungserbringer bzw. deren Betriebsstätte für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich einmal. Die maschinell verwertbaren Daten und rechnungsbegleitenden Unterlagen sind an die von den Kooperationskassen benannten Stellen zu liefern.

Anlage 5 Abrechnung nach § 302 SGB V

5. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege die den Bedingungen der Richtlinie § 302 SGB V nicht erfüllen, werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen gehen nicht zu Lasten der Kooperationskassen, da die Abrechnungen nicht vertragsgemäß aufgemacht wurden.
6. Die entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlung sind nicht von den Kooperationskassen zu verantworten.
7. Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt auf der Basis des vereinbarten Vertragspreises/Festbetrages/Durchschnittspreises. Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt gezahlten Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
8. In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben.
9. In den Abrechnungsdaten sind gem. § 302 Abs. 1 SGB V die vollständigen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V für das gelieferte Hilfsmittel anzugeben. Zusätzlich ist die vollständige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V für das gelieferte Hilfsmittel auf der Verordnung aufzutragen und der Kooperationskasse zu übermitteln⁸. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann die Kooperationskasse 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/ oder deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei den von den Kooperationskassen benannten Stellen eingehen, werden die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der Kooperationskassen.
10. Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen ab Datum der vollständig eingegangenen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und/oder rechnungs-

Anlage 5 Abrechnung nach § 302 SGB V

begründende Unterlagen) bei den von den Kooperationskassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

11. Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Abs. 1, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Kooperationskassen benannten Stellen. Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Ersatzkasse gem. § 303 SGB V nacherfasst werden müssen. Abrechnungen auf anderen als nach den Technischen Anlagen der Richtlinie gem. § 302 SGB V definierten Wegen dürfen die Kooperationskassen zurückweisen.
12. Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die Kooperationskassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Kooperationskasse 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. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
13. Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
14. Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Kooperationskassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der Ersatzkasse durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Kooperationskasse Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
15. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 12 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages insbesondere der Einhaltung der Abrechnungsregelung gem. § 12 und des § 8 Abs. 1 BDSG durch

Anlage 5 Abrechnung nach § 302 SGB V

den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Kooperationskasse vorzulegen.

16. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), 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 Krankenkasse eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 3 Zuzahlung

1. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht. Die Zuzahlung beträgt gemäß § 61 SGB V 10 vom Hundert, mindestens 5 €, maximal 10 €. Die Zuzahlung darf jedoch die Kosten des Hilfsmittels nicht übersteigen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 € für den Monatsbedarf je Indikation.
2. Wurde ein Festbetrag für ein Hilfsmittel festgelegt, so ist dieser Berechnungsgrundlage für die Zuzahlung. Wird die Leistungspflicht für ein Hilfsmittel durch einen Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels i. S. d. § 127 Abs.3 Satz 1 begrenzt, so richtet sich die Zuzahlung nach der Höhe des Durchschnittspreises. Bei Eigenanteilen und Zuschüssen erfolgt die Berechnung der Zuzahlung auf der Grundlage des jeweils verbleibenden Kostenanteils der Kasse.
3. Die Zuzahlung ist grundsätzlich je Hilfsmittel zu berechnen. Setzt sich das Hilfsmittel zur Gewährleistung der Einsatzfähigkeit aus mehreren Hilfsmittelpositionsnummern zusammen oder beinhaltet die Hilfsmittelversorgung ein nicht eigenständiges Hilfsmittel (sog. Kombiversorgung), so ist die Zuzahlung auf den Gesamtpreis der Versorgung zu berechnen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist.
4. Eine Zuzahlung gem. § 33 i. V. m. § 61 SGB V entfällt in Fällen der
Reparaturen und Wartungen
Erneuerungen/ Austausch von Batterien
Folge-(versorgungs-)pauschalen bei Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind
ergänzenden, zeitverzögerten Anpassungen an einem Hilfsmittel
Neuversorgung innerhalb eines Versorgungszeitraumes auf der Grundlage einer Versorgungspauschale
Rückholung und Aussonderung von Hilfsmitteln
5. Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Zugelassenen gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungsbeträge sind in der Abrechnung von den jeweiligen Endbeträgen gesondert auszuwerfen und abzusetzen.

Sonderregelung KKH

§ 1 Versorgungsanzeige

§ 4 Abs. 5 Satz 3 des Rahmenvertrages gilt nicht für die KKH. Vor der Lieferung eines Hilfsmittels muss ein schriftliches Kostenanerkennnis der KKH vorliegen. Der Kasse muss hierfür neben der ärztlichen Verordnung eine schriftliche Versorgungsanzeige (Anhang 1.2) vorgelegt werden.

§ 2 Rückholung

Die Leistungserbringerin hat die Versicherten bei anstehenden Hilfsmittelrückholungen grundsätzlich an die Kasse zu verweisen. Für Hilfsmittelrückholungen beim Versicherten bedarf die Leistungserbringerin eines schriftlichen Abholauftrages der Kasse. Dies gilt nicht bei einer anstehenden Rückholung aufgrund eines Todesfalles, wenn es sich ausschließlich um Hilfsmittel aus der Versorgungspauschale handelt.

§ 3 CPAP

Der Anhang 1.3.6 gilt nicht für die Kaufmännische Krankenkasse Hannover.

