

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.05.2025 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen geschlossen. Dieser Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

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

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

zhm@kkh.de

Achten Sie bitte darauf, dass, wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt wird, eine unterschriebene Anlage beigefügt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

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

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

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Pranschke (E-Mail: kristina.pranschke@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3115) oder an Herrn Behre (E-Mail: holger.behre@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3336) aus dem Referat Hilfsmittel.

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

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Hier: Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung (Beitrittsvertrag B Enterale Ernährung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung, nebst Präqualifizierungsnachweis sowie weiterer geforderter Nachweise.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

zum

**Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung
der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung****Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 XXX****Leistungserbringer**

Name und ggf. Rechtsform: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Ansprechpartner: _____

IK: _____

Erklärung:

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

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

3. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten.
4. Wir verpflichten uns, die Versorgung der Versicherten der KKH im Umkreis vom 30 km, um unsere Betriebsstätte bzw. Niederlassung sicherzustellen. Das bedeutet, dass sofern eine telefonische Beratung und Bedarfsfeststellung nicht möglich ist, den Versicherten oder deren betreuende Person schriftlich oder persönlich, wenn erforderlich auch vor Ort (nach vorheriger Terminabsprache) zu kontaktieren.
5. Wir bestätigen hiermit, dass wir nur Leistungen abrechnen, die wir selbst erbracht haben.
6. Wir sind damit einverstanden, dass Änderungen und Ergänzungen des o.g. Vertrages uns gegenüber nach schriftlicher Bekanntgabe automatisch wirksam werden, es sei denn, wir machen von unserem Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 6 innerhalb von vier Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe der Änderung des o.g. Vertrages Gebrauch.
7. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass ein Vergütungsanspruch für die Versorgung nicht besteht, wenn nicht alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.
8. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Versorgung der Versicherten der KKH
mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung

zwischen

- nachfolgend Leistungserbringer -

vertreten durch

und

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

- nachfolgend KKH -

LEGS: 19 99 XXX

Präambel

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

Die KKH sorgt für eine gute, qualitative und zeitgemäße Hilfsmittelversorgung. Der KKH sind Beratungs- und Betreuungsangebote für ihre Versicherten wichtig.

Dieser Vertrag wird als Rahmenvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen.

Dem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten.

§ 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung.
- (2) Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung im Antragsverfahren, sofern keine abweichende Genehmigungsfreiheit in § 3 dieses Rahmenvertrages vereinbart ist.
Die Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung mittels Schwerkraft- oder Pumpenapplikation erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer Monatspauschale.

Hilfsmittel, welche nicht von der Pauschale umfasst sind, werden je Einzelauftrag in der Versorgungsform „Neukauf“ vergütet. Maßgebend für den Leistungsumfang / die Leistungsanforderungen ist neben diesem Rahmenvertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ sowie der Anhang I „Preisvereinbarung“.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Rahmenvertrag berechtigt und verpflichtet - unter Berücksichtigung ggf. bestehender Wahlrechte der Versicherten - den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH, die eine vertragsärztliche Verordnung für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel mit Wirkung ab Vertragsbeginn besitzen und dessen Betriebsstätte/Niederlassung in einem Radius von 30 Kilometer vom Leistungsort, d.h. vom allgemeinen Lebensbereich / der häuslichen Umgebung / dem Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen entfernt liegt. Darüber hinaus steht es dem Leistungserbringer frei, den Versicherten zu versorgen. In dem Fall ist er lediglich zur Versorgung berechtigt, aber nicht verpflichtet.
- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt für alle vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur enteralen Versorgung, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung (Muster 16) über die vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln nach Vertragsbeginn liegt bzw. die ärztliche Verordnung (Muster 16) während der Vertragslaufzeit ausgestellt wurde.
- (3) Die „Bestandsversorgungen“ des Leistungserbringers sind ebenfalls Gegenstand dieses Rahmenvertrages.

Definition Bestandsversorgen:

"Bestandsversorgungen" im Sinne dieser Regelung sind die Versorgungen der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Versorgung, welche zu Vertragsbeginn bereits durch den Leistungserbringer versorgt wurden.

- (4) Vor Vertragsbeginn genehmigte Versorgung / erteilte Einzelaufträge mit vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln auf der Basis von Verträgen nach § 127 Abs. 3 SGB V bleiben für den genehmigten Zeitraum unberührt.
- (5) Verlegt der Versicherte während der Vertragslaufzeit seinen Wohnsitz in den Bereich einer in der in § 3 Abs. 1 nicht aufgeführten Region, ist der Leistungserbringer aus diesem Vertrag nicht mehr zur Versorgung verpflichtet.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer hat die (Erst-)Versorgung (Hilfsmittel-Kennzeichen: „08“) und alle Produkte, die in der Vergütungsform „Neukauf“ (Hilfsmittel-Kennzeichen „00“) vergütet werden auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung und nach vorheriger schriftlicher Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH durchzuführen, soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entstehen, können nicht geltend gemacht werden. Folgeversorgungen (Hilfsmittel-Kennzeichen: 09) sind genehmigungsfrei.
- (2) Soweit der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 03: „Datenübermittlung“ Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist die vertragsärztliche Verordnung im Original vorzulegen.
- (3) Die KKH prüft die per elektronischen Kostenvoranschlag (eKV) übermittelten Daten bzw. die eingereichten Unterlagen und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern. Anderenfalls erhält der Leistungserbringer die für die Abrechnung notwendige Genehmigung im eKV-Verfahren bzw. die relevanten Unterlagen zusammen mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung). Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH.
- (4) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel (Präqualifizierung nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) für den Versorgungsbereich zu erfüllen.

§ 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 KKH 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 (MD) erfolgen.

§ 5 Preisgestaltung

- (1) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich nach dem Anhang I: „Preisvereinbarung“. Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfaren Abrechnung gem. der Anlage 05: „Abrechnungsregelung“ zur Zahlung fällig.
- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und Bereitstellung des verordneten Hilfsmittels beim Versicherten, sofern im § 3 dieses

Rahmenvertrages keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen. Der Vergütungsanspruch entsteht nur, wenn alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

- (3) Für Eilversorgungen/Notversorgungen zwischen dem stationären und ambulanten Bereich, steht dem Leistungserbringer auch ohne vorherige Genehmigung der KKH ein Vergütungsanspruch auf Grundlage dieses Vertrages zu. Gleiches gilt für Notversorgungen mit dringend benötigten Produkten. Voraussetzung für die nachträgliche Genehmigung seitens der KKH ist eine ärztliche Verordnung. Ein Kostenvoranschlag mit Hinweis auf die Eil-/Notversorgung ist zeitnah einzureichen.
- (4) Mit der Zahlung der vereinbarten Vertragspreise sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen für die Versorgung bzw. bei Versorgungspauschalen für den Versorgungszeitraum abgegolten. Die Preisgestaltung ist im Anhang I „Preisvereinbarung“. Mit den genannten Entgelten ist der im Rahmen und den Anlagen beschriebene Leistungsumfang pauschal abgegolten.

§ 6 Geheimhaltungspflicht

- (1) Der Leistungserbringer 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 unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MD und der KKH, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der KKH erforderlich sind.

§ 7 Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der KKH nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der KKH, so kann ihn die KKH unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen und eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 3 aussprechen. Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen gegen vertragliche oder gesetzliche Regelungen, oder nach fruchtloser Abmahnung kann der Rahmenvertrag fristlos gekündigt werden, wenn diese Verstöße einen wichtigen Grund darstellen. § 314 BGB gilt entsprechend.
- (2) Die KKH räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 1 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein, es sei denn die Umstände gebieten ein sofortiges Handeln.
- (3) Bei Folgenden schwerwiegenden Vertragsverstößen verwirkt der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe in Höhe von 10.000 Euro:
 - a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
 - c) Versorgung trotz Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 Abs.4
 - d) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 9 Abs. 1),
 - e) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 9 Abs. 3 bis 4)
 - f) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen datenschutzrechtliche Regelungen
- (4) Abs. 1 und Abs. 3 gelten nicht, wenn der Leistungserbringer einen Vertragsverstoß nicht zu vertreten hat.

- (5) Die Parteien sind sich einig, dass § 7 dieses Rahmenvertrages kein abgeschlossenes Sanktionssystem für Vertrags- und / oder Gesetzesverstöße darstellt. Insbesondere bleibt die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach ein Vergütungsanspruch die Einhaltung der die Versorgung steuernden gesetzlichen und normvertraglichen Regelungen voraussetzt von den vorstehenden Absätzen, unberührt.

§ 8 Rechnungslegung

- (1) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V in Verbindung mit den hierzu ergangenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit Sonstigen Leistungserbringern sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301a SGB V) und § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Abrechnung der Pauschalen /Vertragspreise erfolgt je Versicherten monatlich bis zu zweimal. Für die Abrechnung sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen / der Sammelrechnung beizufügen:
 - ärztliche Verordnung (Muster 16) im Original (Erstversorgung – Hilfsmittel-Kennzeichen: „08“ und Neukauf – Hilfsmittel-Kennzeichen: „00“)
 - Für die Folgeversorgung (Hilfsmittel-Kennzeichen:09) ist keine ärztliche Verordnung beizufügen auch nicht in Kopie.
 - Empfangsbestätigung des Versicherten; Anmerkung: Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL usw.) und die Angabe der Sendungsnummer zulässig.
- (3) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestelle.
- (4) Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von 12 Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels bzw. nach Erbringung der Dienstleistung nicht mehr geltend gemacht werden.
- (5) Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß der Anlage 05: „Abrechnungsregelung“.

§ 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.

§ 10 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.05.2025 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss dieses Rahmenvertrages treten für die KKH alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung außer Kraft. Bereits genehmigte Versorgungsmöglichkeiten bleiben davon unberührt.
- (3) Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2026, ohne Angabe von Gründen, schriftlich gekündigt werden.
- (4) Mit beitragsberechtigten Leistungserbringern (vgl. 126 Abs.1a SGB V) tritt der Vertrag mit Zugang der Beitrittserklärung bei der KKH in Kraft. Damit treten alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung außer Kraft.
- (5) Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen/Anhänge gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 6 Gebrauch gemacht haben.
- (6) Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 3 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der KKH fristlos schriftlich kündigen.

§ 11 Sonderkündigungsrecht

- (1) Die KKH ist zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach § 3 Abs. 4 dieses Vertrages nicht mehr gegeben sind.
- (2) Die KKH kann vom Rahmenvertrag zurücktreten oder den Rahmenvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen, wenn über das Vermögen des Leistungserbringers das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist oder die ordnungsgemäße Abwicklung des Vertrags dadurch in Frage gestellt ist, dass er seine Zahlungen nicht nur vorübergehend einstellt.

- (3) Die Vertragspartner sind zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, wenn die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert werden. Die Kündigung wirkt mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist das Datum der Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

§ 12 Anlagen und Anhänge

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

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anhang I	Preisvereinbarung
Anlage 2	n.n.
Anlage 3	Datenübermittlung
Anlage 4	n.n.
Anlage 5	Abrechnungsregelung
Anlage 6	Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V
Anlage 7	Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V

- (2) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen bedürfen der Schriftform.

§ 13 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 verstoßen, anzupassen sind.

§ 14 Schriftform

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

Anlage 01 „Leistungsbeschreibung“**1. Grundsatz****1.1. Verordnung**

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage eines Arzneiverordnungsblattes (Muster 16).

Ordnungsgemäß ausgestellt ist ein Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), wenn es neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Kassen-Nummer,
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
- Versicherten-Nummer,
- Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V),
- Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes oder des Krankenhauses,
- Arzt-Nummer (LANR),
- Ausstellungsdatum,
- Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Verordnungsblattes, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
- Diagnose oder Indikation,
- Versorgungszeitraum nur bei zeitlich begrenzten Versorgung
- Unterschrift des Vertragsarztes,
- Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.

Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Bescheinigung oder Verordnung, welche aufgrund der Bedarfsfeststellung erforderlich sind, sind nur durch den ausstellenden Arzt vorzunehmen und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen¹ nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.

¹ Für Verordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements beträgt die Frist 7 Kalendertage gemäß § 6a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie).

1.2. Medizinisch/technische Mindestanforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

Es sind ausschließlich Hilfsmittel zur Versorgung einzusetzen, die zum Zeitpunkt der Versorgung im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

Produkte, die noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel kann die KKH vom Leistungserbringer die Vorlage einer Konformitätserklärung gemäß der MDR/MPDG fordern. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der KKH innerhalb von zwei Wochen vorzulegen.

Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses Hilfsmittel ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Wird ein Hilfsmittel vollständig aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, darf dies ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

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

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

1.3. n.n.

1.4. Leistungsort

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

Auf Wunsch des Versicherten und mit Zustimmung des Krankenhauses/Arztpraxis können die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen auch bereits während des stationären Aufenthaltes (in Vorbereitung auf die Entlassung) oder in einer Arztpraxis erbracht werden. § 12 des Rahmenvertrages ist zu beachten.

1.5. Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und insbesondere § 9 des Rahmenvertrages. Ziel des § 128 SGB V ist es, unzulässige Zuwendungen zu verhindern und die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten zu wahren. Der § 128 SGB V schützt das Wahlrecht des Patienten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern. Patienten sollen ihre Entscheidungen zur Wahl ihres Leistungserbringers unbeeinflusst treffen können. Somit schützt die Norm auch den freien Wettbewerb, denn es soll vermieden werden, dass sich Leistungserbringer in unzulässiger Weise Wettbewerbsvorteile verschaffen.

Nachstehend Beispiele unzulässiges Zusammenarbeiten mit Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten:

Beispiel 1:

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

Beispiel 2:

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

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

Beispiel 3:

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

Unzulässig sind deshalb Beteiligungen von Ärzten in Krankenhäusern oder von Krankenhäusern / Krankenhausgesellschaften an Unternehmen von Leistungserbringern, (z.B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern oder Krankenhäuser / Krankenhausgesellschaften dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren können.

Beispiel 4:

Der Leistungserbringer beteiligt Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen oder Mitarbeiter dieser Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung.

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

1.6. Kostenvoranschlag

Soweit der Leistungserbringer gemäß Leistungsbeschreibung einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist dieser grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 03: „Datenübermittlung“ in der vorgegebenen Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.

Der Kostenvoranschlag ist innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung vom Leistungserbringer an die KKH zu übermitteln. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer.

1.7. n.n.

1.8. Zuständige Stelle

a) Datenübermittlung gemäß Leistungsbeschreibung

Soweit gemäß dieser Leistungsbeschreibung im Rahmen der Vertragsdurchführung eine Datenübermittlung an die KKH zu erfolgen hat, hat diese an die in der Anlage 03: „Datenübermittlung“ genannte Stelle unter Einhaltung der dort geregelten Anforderungen an die Datenübermittlung zu erfolgen.

b) Zuständigkeit für die Anpassung des Vertrages

Zuständige Stelle für Fragen zum Vertrag:

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

2. Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen

2.1. Beratung und Auswahl des Produktes

Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 4 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet sind.

Die Beratung erfolgt persönlich durch geschulte Fachkräfte gem. Ziffer 2.8; soweit erforderlich unter Einbeziehung pflegender Angehöriger bzw. des beteiligten Pflegepersonals.

Die Beratungen können persönlich „vor Ort“ oder anderweitig vorgenommen werden. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über dessen Kontaktmöglichkeiten. Hausbesuche bzw. persönliche Beratungen „vor Ort“ sind nicht durchzuführen, wenn der Versicherte keinen Besuch wünscht. Auch dieses ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.

Die Auswahl des Produktes / der Produkte erfolgt unter Berücksichtigung der Verordnung und der Indikationen/Diagnose.

Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen. Versorgung, bei denen die KKH auf eine Genehmigung verzichtet, wird auf eine Beratung und deren Dokumentation verzichtet. Hierfür kann er die Anlage 06: „Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V“ verwenden, ansonsten mindestens ein inhaltsgleiches Dokument.

Wählt der Versicherte eine Versorgung mit Mehrkosten hat der Leistungserbringer die Beratung ebenfalls schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen. Hierfür kann er die Anlage 07: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“ verwenden, ansonsten mindestens ein inhaltsgleiches Dokument.

Wird der Versicherte mit identischen Produkten im Rahmen von Folgebelieferungen versorgt, sind keine erneuten Beratungen und Dokumentationen gemäß Anlage 06: „Muster Dokumentation Beratung nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V“ erforderlich.

2.2. n.n.

2.3. Einweisung

Der Leistungserbringer weist den Versicherten bzw. die Betreuungsperson (pflegender Angehöriger/Pflegepersonal) persönlich in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels ein. Die technische Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels bzw. sicheren Anwendung des Systems.

Ziel der Einweisung ist, dass der Versicherte in den Stand versetzt wird, das betreffende Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu beherrschen.

Zur Durchführung der Einweisung können die Versicherten ausfolgendem Angebot des Leistungserbringers wählen:

- a) Einweisung vor Ort,
- b) Einweisung in einem Live Web-Seminar (von Angesicht zu Angesicht), wenn der Versicherte von der persönlichen Einweisung absieht und dies schriftlich oder elektronisch dem Leistungserbringer bestätigt.

Der Leistungserbringer dokumentiert die Erklärung der Versicherten, die Kenntnisse zur sicheren Handhabung des Hilfsmittels erworben zu haben, bzw. von der persönlichen Einweisung abzusehen.

2.4. Empfangsbestätigung

Für jede im Rahmen des Vertrages erbrachte Leistung ist die vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung ggf. auf der Rückseite des Arzneiverordnungsblattes einzuholen.

Als Empfangsbestätigung ist auch der Nachweis der Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, DHL) und die Angabe der Sendungsnummer etc. zulässig.

2.5. Lieferung und Abgabe der Hilfsmittel

Der Leistungserbringer liefert die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel im medizinisch notwendigen Umfang gemäß vertragsärztlicher Verordnung und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung). Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Versicherte funktionsgerechte, hygienisch, optisch und technisch einwandfreie Hilfsmittel erhält.

Er gewährleistet, sofern erforderlich, die Ersatzbeschaffung, Nachbetreuung, Instandhaltung und Wartung des Hilfsmittels sowie die Durchführung aller relevanten regelmäßigen Prüfungen unter Beachtung der einschlägigen Bestimmungen gemäß den Vorgaben des Herstellers.

Der Leistungserbringer stellt auch die Versorgung mit den Verbrauchshilfsmitteln für den Versorgungszeitraum sicher. Die Lieferungen müssen rechtzeitig erfolgen, spätestens 3 Tage vor Bedarf.

Beispiel:

Die Lieferung von Verbrauchshilfsmitteln für den Versorgungsmonat Februar hat bis 29.01. zu erfolgen.

2.6. Service und Garantieforderungen

Der Leistungserbringer weist den Versicherten auf die Verfahrensweise bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hin. Die Versicherte oder der Versicherte ist über den Versorgungsablauf bei notwendigen Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffung zu informieren.

Der Leistungserbringer gewährleistet die Sicherstellung eines persönlichen Notfallmanagements durch eine 24h-Rufbereitschaft.

Der Leistungserbringer stellt einen 24-Stunden medizinisch-technischen Notdienst mit der Möglichkeit, unverzüglich eine Notfallversorgung einzuleiten sicher.

2.7. n.n.

2.8. Personelle Anforderungen

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

2.9. Kontaktdaten des Leistungserbringers

Bei Lieferung der Hilfsmittel informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in geeigneter Form über seine Kontaktdaten.

Anhang I "Preisvereinbarung" (Stand 01.05.2025)

Der Leistungserbringer erhält für alle im Zusammenhang mit der Versorgung des Versicherten stehenden vertragsgegenständlichen Leistungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung die folgenden Vergütungen (Versorgungspauschalen / Vertragspreise).

1. **Schwerkraft- und Pumpenapplikation**

Der Versorgung mit einem Schwerkraft- oder Pumpensystem erfolgt auf der Basis von kalendermonatlichen Versorgungspauschalen (Hilfsmittel-Kennzeichen: „08“ und „09“). Der Lieferumfang der Verbrauchshilfsmittel richtet sich nach dem aktuellen medizinischen Standard sowie den Hinweisen des jeweiligen Herstellers über Art, Menge und Verwendungs- oder Nutzungsdauer des einzelnen Hilfsmittels (10stellers).

Als Zeitraum sind immer die gesamten Kalendermonate anzugeben (z.B. 01.06.2025 – 30.06.2026). Beginnt die Versorgung während des Monats, ist der tatsächliche Versorgungsbeginn anzugeben (z.B. 13.06.2025 – 30.06.2026).

Für Kalendermonate, für die der Leistungserbringer den Versicherten für wenigstens einen Kalendertag entsprechend der Leistungsbeschreibung zu versorgen hat, besteht ein Anspruch in Höhe der vollen Versorgungspauschale. Eine Preiskürzung erfolgt nicht.

Mit der Versorgungspauschale (Schwerkraft- oder Pumpenapplikation) sind die folgenden Hilfsmittel der PG 03 zur enteralen Ernährung abgegolten:

- Überleitsysteme (03.36.06.2/3) für den täglichen Wechsel
- Ernährungspumpe (03.36.07.0/1)
- Applikationsständer (03.99.09.0011)
- Tischständer (03.99.09.0010)
- Leerbehälter (03.36.06.4)
- Adapter (03.99.99.1016)
- Rucksack / Tasche (03.99.99.0001)
- Spritzen zum Durchspülen (03.29.01.1)

Ausgenommen sind somit perkutane Austauschsonden (Gastrotube, Button) und Sicherheitsverbinder sowie Spritzen bis 20 ml zur Medikamentenapplikation. Sofern eine Versorgung zur Applikation von Sondennahrung ausschließlich per Schwerkraft- oder Pumpenapplikation erfolgt, ist eine Berechnung / Abrechnung der unter Ziffer 2. beschriebenen Produkte für eine Bolusgabe nicht zulässig.

Die Versorgungspauschalen betragen:

Abrechnungs- Positions-Nr.	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Preis in € (netto)
03.00.99.0002	Technikpauschale – Schwerkraftapplikation Versorgung mit Applikationshilfen	08 / 09	125,--
03.00.99.0003	Technikpauschale – Ernährungspumpe Versorgung mit Applikationshilfen	08 / 09	125,--

Die perkutane Austauschsonden (Gastrotube, Button) sowie Sicherheitsverbinder und Spritzen bis 20 ml zur Medikamentenapplikation werden in der Versorgungsform „Neukauf“ (Hilfsmittel-Kennzeichen: „00“) vergütet.

Die Vertragspreise betragen:

Abrechnungs-positions-Nr.	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Preis (netto)
Hilfsmittelpositions-Nr. 10-stellig ²	Perkutane Austauschsonden (Button, Gastrotube: (03.36.05.0) und Sicherheitsverbinder	00	AEP ³ - 4%
Hilfsmittelpositions-Nr. 10-stellig ²	Spritzen bis 20 ml zur Medikamentengabe (03.29.01.1)	00	AEP ³ - 4%

2. Produkte ausschließlich für eine Bolusgabe

Sofern eine Versorgung zur Applikation von Sondennahrung ausschließlich über Spritzen (ohne Schwerkraft- und Pumpenapplikation) - per Bolusgabe - erfolgt, ist die Berechnung / Abrechnung der unter Ziffer 1. beschriebenen Versorgungspauschalen nicht zulässig.

Produkte, die in diesem Fall für die reine Bolusgabe erforderlich sind, werden in der Vergütungsform „Neukauf“ (Hilfsmittel-Kennzeichen: „00“) und auf Basis der nachfolgenden Vertragspreise vergütet.

Abrechnungs-positions-Nr.	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Preis (netto)
Hilfsmittelpositions-Nr. 10-stellig ²	Produkte zur reinen Bolusgabe	00	AEP ³ - 4%

Gesamtübersicht der Vertragspreise ab 01.05.2025

3.1 Schwerkraft- und Ernährungspumpenapplikation

Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Verordnungs- pflicht	Genehmigungs- pflicht	Zuzahlungs- pflicht	MwSt.-Satz e = ermäßigt v = voll	Preis (netto)
03.00.99.0002	Technikpauschale – Schwerkraft Erstversorgung	08	ja	ja	ja	v	125,--
03.0099.0002	Technikpauschale – Schwerkraft Folgeversorgung	09	nein	nein	ja	v	125,--
03.99.00.0003	Technikpauschale – Ernährungspumpe Erstversorgung	08	ja	ja	ja	v	125,--
03.00.99.0003	Technikpauschale – Ernährungspumpe Folgeversorgung	09	nein	nein	ja	v	125,--

3.2 perkutane Austauschsonden (Gastrotube, Button) sowie Sicherheitsverbinder, Spritzen bis 20 ml zur Medikamentenapplikation sowie Produkte für eine reine Bolusgabe

Produktart (7Steller)	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel	Verordnungs- pflicht	Genehmigungs- pflicht	Zuzahlungs- pflicht	MwSt.-Satz e = ermäßigt v = voll	Preis (netto)
Hilfsmittelpositions- Nr. 10-stellig ²	Perkutane Austauschsonden (03.36.05.0) Button, Gastrotube und Sicherheitsverbinder	00	ja	ja	ja	v	AEP ³ - 4%
Hilfsmittelpositions- Nr. 10-stellig ²	Spritzen bis 20 ml zur Medikamenten-gabe (03.29.01.1)	00	ja	ja	ja	v	AEP ³ - 4x%
Hilfsmittelpositions- Nr. 10-stellig ²	Produkte zur reinen Bolusgabe	00	ja	ja	ja	v	AEP ³ - 4%

² Produkte, die noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt wurde und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde (vgl. Ziffer 1. 2 Leistungsbeschreibung). In dem Fall ist der 7Steller (Produktart) um die Ziffern 900 zu ergänzen.

³ Apothekeneinkaufspreis (AEP) gemäß „Lauer“ am jeweiligen Abgabetag.

Ort, Datum

Unterschrift Leistungserbringer

Anlage 03: „Datenübermittlung“

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

1. Elektronischer Datenaustausch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Auftrag

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

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

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

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

1.3 Nachrichten

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

1.4 Lieferbestätigung

n.n.

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

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

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

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

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

Erreichbarkeit:

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

Postanschrift:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
 30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

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

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

68766	68782	Bremen
von	bis	HMZ
68789	68809	Gera
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera
71522	71579	Bremen
71634	71642	Gera
71665	71672	Bremen
71679	71701	Gera
71706	71739	Bremen
72070	73349	Gera
73430	73579	Bremen
73614	73630	Gera
73635	73642	Bremen
73650	73666	Gera
73667		Bremen
73669	73779	Gera
74072	74939	Bremen
75015		Gera
75031	75038	Bremen

91522	91555	Bremen
von	bis	HMZ
91560	91564	Gera
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera
96151		Bremen
96152	96158	Gera
96160		Bremen
96161	96529	Gera
97070	97999	Bremen
98527	99752	Gera
99755		Bremen
99759		Gera
99762		Bremen
99765		Gera
99768		Bremen
99817	99819	Gera
99826	99837	Bremen
99842	99998	Gera

Anlage 05: „Abrechnungsregelung“**Abrechnungsmodalitäten****Grundsätzliches**

Für die Abrechnung gelten die Regelungen des § 8 des Rahmenvertrages. Die Abrechnung erfolgt darüber hinaus nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung.

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

(1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Codierblatt,

Verordnung und

ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

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

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

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

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

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

Verwendung des Institutionskennzeichens

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

Anlage 06: „Bestätigung Beratung des Versicherten“**Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V
Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln**

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

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

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

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

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

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

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

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 07: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 SGB V“

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

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

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

Ja ☐Nein ☐

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

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