

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.01.2025 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoffsystemen 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 Flüssigsauerstoffsystemen (Beitrittsvertrag A BY, BW, HE, RP, SL)

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 Flüssigsauerstoffsystemen, 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 Flüssigsauerstoffsystemen****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 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.
4. Wir verpflichten uns, eine Versorgung der Versicherten in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hessen und Saarland oder zumindest in einem Regierungsbezirk der aufgeführten Bundesländer sicherzustellen. Das bedeutet, dass sofern eine telefonische Beratung und Bedarfsfeststellung nicht möglich ist, den Versicherten oder deren betreuende Person schriftlich oder persönlich, wenn erforderlich auch vor Ort (nach vorheriger Terminabsprache) zu kontaktieren.
5. Wir bestätigen hiermit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ Die Sicherstellung der Belieferung des Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln innerhalb von 48 Stunden nach Auftragserteilung bzw. Kostenübernahmeerklärung durch die KKH.
- ☐ Die Bereitstellung einer kostenfreien Servicehotline, die zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Servicezeiten in ausreichendem Umfang besetzt ist. Wir verpflichten uns, während der Vertragslaufzeit, 80% der (vertragsbezogen) eingehenden Anrufe in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden anzunehmen und dies der KKH auf Verlangen nachzuweisen. Wir erklären hiermit, dass die von uns verwendete Telefonanlage die technischen Voraussetzungen zur Einhaltung dieser Vorgaben erfüllt.

Nachweis

Angaben zur verwendeten Telefonanlage:

Produktbezeichnung:

[Angabe erforderlich]

Artikelnummer:

[Angabe erforderlich]

Hersteller:

[Angabe erforderlich]

- ☐ Die Sicherstellung der telefonischen Erreichbarkeit unter einer kostenfreien Servicehotline durch geschulte Fachkräfte werktags (Montag bis Freitag) von 8.00 bis 17.00 Uhr.

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline:

[Angabe erforderlich]

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

Nachweis

Kostenfreie Servicehotline für Notdienste: _____

[Angabe erforderlich]

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

Nachweis:

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

- ☐ Die Beschäftigung von ausschließlich fachkundigem Personal, welches für die persönliche Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels vom jeweiligen Hersteller nach den Bestimmungen des MPG autorisiert ist. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.

Nachweis:

Ausgefüllte Anlage 9 [bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]

- ☐ Werden während der Vertragslaufzeit Nachunternehmer eingesetzt, so hat der Leistungserbringer die vorgesehenen Unterauftragnehmer sowie Art und Umfang der an sie zu vergebenden Leistungen der KKH unter Verwendung der Anlage 10: "Verzeichnis der Nachunternehmerleistungen" mit einer Vorlaufzeit von zwei Wochen mitzuteilen.

Nachweis:

Ausgefüllte Anlage 10 [bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]

- ☐ Die Offenlegung sämtlicher Kooperationen mit Krankenhäusern / Kliniken / Vertragsärzten (zutreffendes bitte ankreuzen):

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

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

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

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

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Versorgung der Versicherten der KKH mit
Flüssigsauerstoffsystemen

zwischen

- nachfolgend Leistungserbringer -

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. Sie setzt sich dafür ein, dass die Versicherten immer zwischen verschiedenen Hilfsmitteln die Auswahlmöglichkeit für eine aufzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung haben.

Dieser Vertrag wird als Rahmenvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen. Dem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten.

§ 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages sind die Einzelheiten zur Versorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoff.
- (2) Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Einzelaufträge. Die Einzelaufträge bedürfen einer gesonderten Genehmigung im Antragsverfahren nach § 6 dieses Rahmenvertrages.
Die Versorgung mit Flüssigsauerstoffsystemen erfolgt je Einzelauftrag auf der Basis einer Monatspauschale. Maßgebend für den Leistungsumfang/die Leistungsanforderungen ist neben diesem Rahmenvertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (3) Von diesem Vertrag sind Versicherte ausgenommen, die im Rahmen von § 37 b SGB V an einer speziellen ambulanten Palliativversorgung teilnehmen und in diesem Rahmen mit den vertragsgegenständlichen Produkten versorgt werden.

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen

Anlage 1	„Leistungsbeschreibung“
Anlage 2	„Preisvereinbarung“
Anlage 3	„Muster Inhalte Verordnung gemäß Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie“)
Anlage 4	„Abrechnungsregelung“
Anlage 5	„Datenübermittlung“
Anlage 6	„Muster Dokumentation Beratung n. § 127 Abs. 5 S. 1 und 2 SGB V“
Anlage 7	„Muster Dokumentation Empfangsbestätigung, Einweisung“
Anlage 8	„Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung n. § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“
Anlage 9	„Eigenerklärung über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen“
Anlage 10	„Verzeichnis der Nachunternehmerleistungen“

§ 3 Geltungsbereich

- (1) Der Rahmenvertrag berechtigt und verpflichtet - unter Berücksichtigung ggf. bestehender Wahlrechte der Versicherten - den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH, die eine vertragsärztliche Verordnung für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel mit Wirkung ab Vertragsbeginn besitzen und ihren Wohnsitz in
 - Hessen,
 - Saarland,
 - Rheinland-Pfalz,
 - Baden-Württemberg und
 - Bayernhaben.
- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt für alle vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur Versorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoffsystemen, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach Vertragsbeginn liegt bzw. die ärztliche Verordnung während der Vertragslaufzeit ausgestellt wurde.
- (3) Die „Bestandsversorgungen“ des Leistungserbringers sind ebenfalls Gegenstand dieses Rahmenvertrages.
Definition Bestandsversorgen:
"Bestandsversorgungen" im Sinne dieser Regelung sind Versorgungen von Versicherten mit Flüssigsauerstoffsystemen, welche zu Vertragsbeginn bereits durch den Leistungserbringer versorgt wurden.
- (4) Verlegt der Versicherte während der Vertragslaufzeit seinen Wohnsitz in ein anderes Bundesland, ist der Leistungserbringer aus diesem Vertrag nicht mehr zur Versorgung berechtigt und verpflichtet.
- (5) Vor Vertragsbeginn genehmigte Versorgungen / erteilte Einzelaufträge mit vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln auf der Basis von Verträgen nach § 127 Abs. 3 SGB V bleiben für den genehmigten Zeitraum unberührt.
- (6) Leistungserbringer, die dem Vertrag beitreten, haben zumindest die Versorgung in einem Regierungsbezirk eines Bundeslandes sicherzustellen.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen / Prüfrechte

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zu beachten.
- (2) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

- (3) Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine vertragsärztliche Verordnung nachzuweisen (vgl. Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte). Die Inhalte der vertragsärztlichen Verordnung sollten sich an den Empfehlungen gemäß den Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. orientieren (Anlage 03: „Muster Inhalte Verordnung gemäß Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie“). Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Unklarheiten sind durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu beseitigen.
- (4) Nach den aktuellen Inhalten des Hilfsmittelverzeichnisses besteht die Erforderlichkeit der Verabreichung von Flüssigsauerstoff im Rahmen einer Langzeit-Sauerstofftherapie bei behandlungsbedürftiger Hypoxämie – mindestens 15 h / Tag in der Häuslichkeit, während der außerhäuslichen Mobilität. Die Indikation orientiert sich an der jeweils aktuellen Fassung der Leitlinie zur Langzeitsauerstofftherapie und damit an den aktuellen medizinischen Erkenntnissen.
- (5) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.
- (6) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Wartung, sicherheitstechnische Kontrolle und Reparatur gemäß Leistungsbeschreibung durchzuführen, sind vorzuhalten. Gleiches gilt für die hierfür erforderlichen Ersatz- und Zubehörteile.
- (7) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.
- (8) Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (9) Die KKH ist berechtigt, die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben in geeigneter Weise zu überprüfen. Sie kann hierzu unangemeldete Testversorgungen und Besichtigungen der Betriebsstätten des Leistungserbringers durchführen. Der Leistungserbringer gestattet der KKH innerhalb der Betriebszeiten den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und die Einsichtnahme in die Nachweise über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen sowie in die Dokumentation der erbrachten Leistungen. Die KKH kann in Fragen der Qualitätssicherung den Medizinischen Dienst der Krankenkassen hinzuziehen.
- (10) Die KKH kann die medizinische Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung überprüfen. Mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird der Auftraggeber den Medizinischen Dienst (MD) in Einzelfall beauftragen. Besteht die medizinische Notwendigkeit für die vertragsgegenständliche Hilfsmittelversorgung im Einzelfall nicht bzw. nicht mehr, kann die KKH die erteilte Genehmigung widerrufen. Der Leistungserbringer hat in dem Einzelfall einen Anspruch auf Vergütung längstens bis Ablauf des Kalendermonats, in dem die KKH den Leistungserbringer über den Wegfall der medizinischen Notwendigkeit informiert hat.

§ 5 Auswahl des Hilfsmittels

Die Auswahl des zweckmäßigen Hilfsmittels hat entsprechend der ärztlichen Verordnung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gem. §§ 12, 70 SGB V zu erfolgen. Der Leistungserbringer sorgt während der gesamten Vertragslaufzeit für eine Lieferfähigkeit mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln. Lieferunfähigkeiten sind der KKH unverzüglich anzuzeigen.

§ 6 Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)

- (1) Der Leistungserbringer hat die Versorgung auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung und einer schriftlichen Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH durchzuführen soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde.
- (2) Soweit der Leistungserbringer gemäß Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ einen Kostenvoranschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 05: „Datenübermittlung“ in der vorgegebenen Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.
- (3) Die KKH prüft 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.

§ 7 Versorgung

- (1) Es sind die Anforderungen an die Qualität der Versorgung zu erfüllen, die zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln in der jeweils gültigen Fassung im Hilfsmittelverzeichnis beschrieben sind. Das Nähere definiert die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.
- (2) Werden die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, sind die Vertragspartner zur Kündigung des Vertrages berechtigt. Es gilt § 19 Abs. 3 des Rahmenvertrages.

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich nach Anlage 02: „Preisvereinbarung“. Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 04: „Abrechnungsregelung“ zur Zahlung fällig.
- (2) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und Bereitstellung des verordneten Hilfsmittels beim Versicherten, sofern im § 6 dieses Rahmenvertrages keine abweichenden Regelungen zur Genehmigungspflicht bestehen. Der Vergütungsanspruch entsteht nur, wenn alle gesetzlichen

und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

- (3) Sofern ein Versorgungs-/Genehmigungszeitraum planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer verpflichtet diese Leistung gem. Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ zu erbringen.
- (4) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (u. a. Befüllungen von Sauerstoffflaschen) gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V. Auf jede fällig werdende Pauschale ist eine Zuzahlung von 10 % zu berechnen, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf. Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (5) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich schriftlich gefordert hat. Für den Fall einer solchen Versorgung hat der Leistungserbringer die KKH über die Art und den Umfang der besonderen Versorgung schriftlich zu unterrichten. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vorher schriftlich zu informieren, dass die KKH die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt und die Aufklärung in geeigneter Form zu dokumentieren. Auf Verlangen der KKH hat der Leistungserbringer die Anforderung der Mehrleistung und die Vornahme der Aufklärung über die Kostenpflichtigkeit nachzuweisen.
- (6) Mit der Zahlung des vereinbarten Vertragspreises sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen für die Versorgung bzw. bei Versorgungspauschalen für den Versorgungszeitraum abgegolten.
- (7) Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst laut diesem Rahmenvertrag erbracht wurden. Leistungen, die an einen Nachunternehmer vergeben werden, für die der Leistungserbringer aber weiterhin die Verantwortung trägt, werden im Rahmen dieser Vereinbarung als eigene Leistungen des Leistungserbringers definiert. Plant der Leistungserbringer die Einschaltung von weiteren Nachunternehmern während der Vertragslaufzeit, so hat er die vorgesehenen Unterauftragnehmer sowie Art und Umfang der an sie zu vergebenden Leistungen der KKH unter Verwendung der Anlage 10: "Verzeichnis der Nachunternehmerleistungen" mit einer Vorlaufzeit von zwei Wochen mitzuteilen.

§ 9 Abrechnungsregelung

- (1) Die Versorgung mit Flüssigsauerstoffsystemen setzt sich je Einzelauftrag zusammen aus der Bereitstellung der Flüssigsauerstoffsysteme: einem Flüssigsauerstoffsystem, stationär (Hilfsmittelpositions-Nr.: 14.24.05.1 / 14.24.05.6) und einem Flüssigsauerstoffsystem, mobil/tragbar/ggf. getriggert (Hilfsmittelpositions-Nr.: 14.24.05.2 / 14.24.05.9) dem entsprechenden Zubehör und der Flüssiggasbehälterfüllungen auf der Basis einer Monatspauschale.
- (2) Die Abrechnung der Monatspauschale (Hilfsmittelkennzeichen – 08 und 09) erfolgt je Versicherten einmal monatlich je Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Ver-

sorgung. Für die Abrechnung der Vergütungen sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:

- Vertragsärztliche Verordnung im Original (sofern vorhanden)
- Empfangsbestätigung(en) des Versicherten oder das letzte Lieferdatum auf der Sammelrechnung

Die Abrechnung der Vergütung erfolgt je Versicherten unter Angabe folgender Daten:

- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer
- Versorgungszeitraum (von / bis)
- Einzelpreis
- Gesamtpreis
- Zuzahlung

Die Abrechnung erfolgt im Weiteren gemäß der Anlage 04: „Abrechnungsregelung“.

Bei Unvollständigkeit, Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH die beanstandete Einzelrechnung bzw. Rechnungsteile zur Prüfung oder Korrektur an den Leistungserbringer bzw. die Sammelrechnung um die beanstandeten Positionen kürzen. Zahlungsansprüche können vom Leistungserbringer nach Ablauf von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels nicht mehr geltend gemacht werden.

§ 10 Aufgabenübertragung

Die KKH hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden folgenden Aufgaben. Diese umfassen:

- a) die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinprodukts (§ 4 Abs. 3 Satz 1 MPBetreibV),
- b) die Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV),
- c) die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Abs. 3 Satz 3 MPBetreibV),
- d) das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte,
- e) die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV,
- f) die Durchführung der messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV,

§ 11 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei der Auslieferung.
- (2) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen.

- (3) Der Leistungserbringer stellt die KKH von sämtlichen Ansprüchen frei, die Dritte und insbesondere Versicherte wegen einer Verletzung ihrer Rechtsgüter gegen die KKH erheben.
- (4) Die KKH haftet nicht für Schäden und Verluste, die der Leistungserbringer oder seine Erfüllungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die KKH von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art (z.B. von Versicherungen) freizustellen.
- (5) Vorstehendes gilt weder für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit der KKH, noch für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der KKH beruhen. Es gilt auch nicht, wenn der Leistungserbringer die auf Grund einer Pflichtverletzung des Leistungserbringers und / oder seiner Erfüllungsgehilfen entstandenen Schäden und / oder Ansprüche nicht zu Vertreten hat.
- (6) Im Übrigen haftet der Leistungserbringer nach den gesetzlichen Vorschriften.

§ 12 Folgen von Vertragsverstößen

- (1) 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 § 4 Abs.1
 - d) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 13 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. § 13 Abs. 2 bis 8)
 - f) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen datenschutzrechtliche Regelungen
 - g) Nichterfüllung der gemäß § 10 übertragenen Aufgaben

- (4) Abs. 1 und Abs. 3 gelten nicht, wenn der Leistungserbringer einen Vertragsverstoß nicht zu vertreten hat.
- (5) Die Parteien sind sich einig, dass § 12 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.

§ 13 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten

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

- (8) Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.
- (9) Es gelten im Übrigen auch die im Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln.
- (10) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

§ 14 Werbung, Kommunikation mit den Versicherten

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

§ 15 Datenschutz

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

§ 16 Insolvenz des Leistungserbringers

- (1) Der Leistungserbringer hat die KKH über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich zu unterrichten.

- (2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der KKH unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die KKH zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und / oder in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 17 Abtretung / Aufrechnung

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

§ 18 Vertragsbeginn, Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.01.2025 in Kraft.
- (2) Mit Abschluss dieses Rahmenvertrages treten für die KKH alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoffsyste men außer Kraft. Bereits genehmigte Versorgungen 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.

§ 19 Sonderkündigungsrecht

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

§ 20 Schriftform

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

§ 21 Salvatorische Klausel

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

Ort, Datum

Ort, Datum

Leistungserbringer

KKH

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

Die Versorgung erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung.

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

Für die Versorgung dürfen nur Hilfsmittel eingesetzt werden, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei und funktionsgerecht sind und die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Der Leistungserbringer kann sowohl neue Hilfsmittel als auch wiederaufbereitete Hilfsmittel im Rahmen der Versorgungspauschale zur Versorgung einsetzen.

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

Die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel sind mit der Produktgruppe, Anwendungsort und der jeweils maßgebenden Produktuntergruppe (7-Steller; Hilfsmittel-Nr.) gemäß GKV-Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V im Rahmenvertrag aufgeführt.

Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und die Ausführung der Hilfsmittel in den Produktuntergruppen ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 139 SGB V für die betreffende Produkt-(unter-)Gruppe in der jeweils gültigen Fassung.

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

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

Bei Änderungen der Produktlistung/-Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis während der Vertragslaufzeit können vom Leistungserbringer zur Versorgung eingesetzte Hilfsmittel weiterhin verwendet werden. Dies gilt nicht für Hilfsmittel, die sich nicht bereits im Einsatz beim Versicherten befinden und die erstmalig beim Versicherten eingesetzt werden sollen. Wenn sich lediglich die Hilfsmittelpositionsnummer geändert hat (Umgruppierung im Hilfsmittelverzeichnis), bleibt das Versorgungsrecht für das betroffene Hilfsmittel für die Zukunft unter der neuen Hilfsmittelpositionsnummer bestehen.

Für Hilfsmittel (auf 10-Steller-Ebene) der vertragsgegenständlichen Produktarten, die während der Vertragslaufzeit neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden, und die im Rahmen dieses Vertrages für die Versorgung der Versicherten der KKH eingesetzt werden sollen, gelten grundsätzlich die Regelungen der Produktart.

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 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 des Versicherten zu erbringen.

Der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, die vertragsgegenständlichen Leistungen an folgenden Orten zu erbringen:

- am Urlaubsort des Versicherten,
- im Pflegeheim; während der Kurzzeitpflege (nach § 42 SGB XI),
- während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme,
- an einer abweichenden Wohnanschrift (z.B. Kinderversorgung bei getrenntlebenden Eltern)

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) erbracht werden und in einer Arztpraxis erbracht werden. § 12 des Rahmenvertrages ist zu beachten.

1.4 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten

Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen und sämtliche darauf basierende kollektivvertraglichen Regelungen, sowie insbesondere § 13 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. Nach § 4 Abs. 6 des Rahmenvertrages „Entlassmanagements“ zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. ist die Bevorzugung eines Anbieters nicht statthaft. Der hiesige Rahmenvertrag verpflichtet auch den Hilfsmittelleistungserbringer dazu, keine Kooperationen mit Krankenhäusern einzugehen, die eine unzulässige Bevorzugung im Rahmen des Entlassmanagements bedeuten.

Nachstehend Beispiele 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.

1.5 Kostenvoranschlag

Der Kostenvoranschlag ist innerhalb von 3 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.

Soll die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln über den vereinbarten/ genehmigten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer frühestens 28 Tage, spätestens 5 Tage vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses schriftlich mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer (erneut) einen Kostenvoranschlag nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben.

Eine Übermittlung eines Kostenvoranschlages ist nicht erforderlich, wenn die Leistung nicht genehmigungspflichtig ist.

1.6 Versorgungszeitraum

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

Hat der Versicherte für den folgenden Kalendermonat bereits Flüssigsauerstoff erhalten, wirkt das Wahlrecht zum Monatsersten des Monats, für den der Versicherte noch keinen

Flüssigsauerstoff erhalten hat. Die KKH berichtigt in dem Fall die bereits genehmigte Versorgung.

Beispiel:

Genehmigter Versorgungszeitraum: 01.07.2024 – 30.06.2025

Der Versicherte wählt am 15.10.2024 einen anderen Vertragspartner. Für den November 2024 hat der Versicherte vom Leistungserbringer noch keinen Flüssigsauerstoff erhalten. Das Wahlrecht wirkt zum 01.11.2024.

Genehmigter Versorgungszeitraum neu: 01.07.2024 – 31.10.2024

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

1.7 Zuständige Stelle

a) Datenübermittlung gemäß Leistungsbeschreibung

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

b) 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

Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V persönlich (von Angesicht zu Angesicht) 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. Der Leistungserbringer klärt den Versicherten über den Anspruch auf eine mehrkostenfreie Versorgung auf. Der Versicherten oder dem Versicherten wird eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln angeboten, die für den Versorgungsfall individuell geeignet sind. Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen. 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 08: „Muster Dokumentation Mehrkostenerklärung nach § 127 Abs. 5 Satz 5 SGB V“ verwenden, ansonsten mindestens ein inhaltsgleiches Dokument.

Die Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gem. § 127 Absatz 9 SGBV vom 19.11.2019 sind diesbezüglich zu beachten.

2.2. Bedarfsfeststellung

Um den Versicherten mit einem geeigneten und medizinisch notwendigen Hilfsmittel zu versorgen, haben regelmäßige Bedarfsfeststellung zu erheben, die im Rahmen der Flüssig-sauerstoffbelieferungen zu erfolgen (z.B. Erstberatung, Veränderung des Sauerstoffbedarfes, etc.). Verändert sich der Sauerstoff-Flow und wirkt sich dies auf die festgesetzte Versorgungspauschale aus, hat der Leistungserbringer die KKH unverzüglich zu informieren.

Bei der Bedarfsfeststellung zur Versorgung muss der individuelle Bedarf des Versicherten unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung, der Indikationen/Diagnose, des Versorgungsziels, der Versorgungssituation und der möglichen Wechselwirkung mit bereits vorhandenen oder mit weiteren verordneten Hilfsmitteln erhoben werden.

Das für die Versorgung ausgewählte Hilfsmittel muss in Qualität und Ausführung den speziellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Versicherten entsprechen.

Die Kosten für die Bedarfsfeststellung sind mit den vereinbarten Preisen abgegolten.

Das Risiko, dass eine Bedarfsfeststellung ergeben sollte, dass die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nicht zur Versorgung geeignet sind, trägt der Leistungserbringer.

2.3. Einweisung

Der Leistungserbringer weist den Versicherten, sofern erforderlich auch die Betreuungspersonen, sachgerecht und persönlich in den bestimmungsmäßigen Gebrauch. Die Einweisung erstreckt sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels, des Zubehörs, auf die individuellen Zurüstungen sowie die Pflege und Reinigung. Ziel der Einweisung ist, dass die Versicherte oder der Versicherte bzw. die Betreuungsperson in den Stand versetzt werden, das Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu nutzen.

Die Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels ist durch den Leistungserbringer und die Versicherte oder den Versicherten schriftlich zu dokumentieren. Hierüber ist der Versicherte zu informieren. Hierfür kann er die Anlage 07: „Muster Dokumentation Empfangsbestätigung, Einweisung“ verwenden oder ein inhaltlich vergleichbares Dokument.

Es ist eine allgemeinverständliche Gebrauchsanweisung/Gebrauchsinformation in deutscher Sprache auszuhändigen. Diese ist im Bedarfsfall unter Verwendung der vom Hersteller bereitgestellten Dokumente in einem für blinde und sehbehinderte Versicherte geeigneten Format (z. B. in elektronischer Form) zur Verfügung zu stellen.

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

2.5. Gewährleistung bzw. Garantieansprüche

Der Leistungserbringer weist auf die Verfahrensweise bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hin.

2.6. Auslieferung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer liefert das vertragsgegenständliche Hilfsmittel (einschließlich Zubehör) im medizinisch notwendigen Umfang gemäß medizinischer Unterlage und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung). Der Leistungserbringer stellt die Abgabe eines funktionsgerechten sowie hygienisch und technisch einwandfreien Hilfsmittels sicher. Das Hilfsmittel wird in einem gebrauchsfertigen/kompletten Zustand abgegeben. Aufbau bzw. Montage sind vor Ort bis zur vollständigen Gebrauchsfähigkeit des Hilfsmittels in der Häuslichkeit vorzunehmen.

Die Lieferung hat unmittelbar aus einer präqualifizierten Betriebsstätte gemäß § 126 Abs.1a SGB V herauszuerfolgen. Eine Zwischenlagerung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel in ungeeigneten Lagerstätten (z.B. in Keller- und Garagenbereichen von Außendienstmitarbeitern) ist unzulässig. Die zu erbringende Versorgungsleistung ist eine persönliche Leistung des dafür jeweils qualifizierten Fachpersonals (vgl. Ziffer 5). Ein Versand der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel ist nicht gestattet. Ein Versand des vertragsgegenständlichen Zubehörs bzw. der Verbrauchsmittel ist dagegen zulässig, sofern keine weitere Beratung oder Einweisung erforderlich ist. Die Auslieferung des Hilfsmittels erfolgt im medizinisch notwendigen Umfang zusammen mit dem "Regel-Zubehör" gemäß der nachfolgenden Tabelle: „Von der Versorgungspauschale erfasstes (Regel-) Zubehör“.

Für die Dauer des genehmigten Versorgungszeitraumes beliefert der Leistungserbringer ferner den Versicherten mit dem notwendigen Zubehör bzw. Sauerstoff im erforderlichen Umfang.

Tabelle: "Von der Versorgungspauschale erfasstes (Regel-)Zubehör"

Hilfsmittel	"Regel-Zubehör" (bei Bedarf)
Flüssigsauerstoffsystem 14.24.05.1 / 14.24.05.6 + 14.24.05.2 / 14.24.05.9	Die Anforderungen (Merkmale, Komponenten, Lieferumfang) der Produktinformation gemäß Hilfsmittelverzeichnis müssen erfüllt sein. • Tasche oder Caddy oder Rucksack • Standardnasenbrille • 2-te mobile Einheit (Stroller) – sofern medizinisch notwendig Der Umfang des Zubehörs bzw. der Verbrauchsmaterialien richtet sich nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie" in der jeweils gültigen Fassung.

Es wird klargestellt, dass der Leistungserbringer nicht verpflichtet ist, folgende Leistungen innerhalb der vereinbarten Vergütung abzugeben, weil sie das Maß des Notwendigen überschreiten:

- Silikon-Verbindungsschlauch inkl. Verbinder sowie Silikonnasenbrillen nicht Bestandteil der vereinbarten Vergütung ist.
- Sterilwasser (Anmerkung: Lediglich in sehr begrenzten Fallkonstellationen ist Sterilwasser medizinisch begründbar, z.B. bei Kleinstkindern oder bei Versicherten mit Immunglobulinmangel).

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Lieferung des Hilfsmittels unverzüglich erfolgt. Nach Auftragserteilung oder nach Eingang der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) erfolgt die Lieferung des Hilfsmittels innerhalb von 48 Stunden. Bei Versorgung im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder Rehabilitation ist eine Lieferung taggleich unmittelbar im Anschluss zu gewährleisten.

Ist die Auslieferung innerhalb von 48 Stunden nicht zwingend erforderlich, kann in Abstimmung mit dem Versicherten die Lieferung auch nach Vereinbarung erfolgen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer die Absprache mit dem Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH das Dokument auf Verlangen vorzulegen.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Versicherte für das vertraglich geregelte Hilfsmittel das medizinisch notwendige (Regel-)Zubehör bzw. den Sauerstoff durchgängig unverzüglich erhält, damit die Versorgung des Versicherten nahtlos erfolgt.

2.7. Service

Der Leistungserbringer gewährleistet eine Nachbetreuung gemäß Ziffer 2.7.1 bis 2.7.6.

2.7.1 Wartungen und sicherheitstechnische Überprüfungen

Der Leistungserbringer führt sämtliche erforderliche Wartungen (einschließlich Ersatzteile / Material) sicherheitstechnische Überprüfungen / Kontrollen gemäß Herstellervorgaben am Hilfsmittel und dem von ihm gelieferten Zubehör durch.

2.7.2 Reparaturen im Rahmen der Versorgungspauschale

Der Leistungserbringer führt im Rahmen der Versorgungspauschale alle erforderlichen Reparaturen an dem von ihm gelieferten Hilfsmittel nebst von ihm gelieferten Zubehör kostenfrei durch, sofern die Reparaturbedürftigkeit nicht vom Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde.

Der Leistungserbringer erhält Kenntnis von einer Reparaturbedürftigkeit des von ihm zur Versorgung eingesetzten Hilfsmittels entweder unmittelbar durch den Versicherten oder die KKH. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass erforderliche Reparaturen im Regelfall binnen 24 Stunden nach Eingang der Meldung des Reparaturfalls durchgeführt werden. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

2.7.3 Ersatzversorgung im Wartungs- / Reparaturfall; Umversorgung bei unwirtschaftlicher Reparatur

Im Reparatur- und / oder Wartungsfall stellt der Leistungserbringer, sofern die erforderliche Reparatur / Wartung nicht umgehend vor Ort beim Versicherten durchgeführt werden kann, dem Versicherten ein gleichwertig zur Versorgung geeignetes Hilfsmittel für die Dauer der Reparatur / Wartung kostenfrei zur Verfügung. Diese Versorgung muss im Austausch mit dem Hilfsmittel zeitgleich erfolgen.

Die Kosten der Ersatzgestaltung, der Abholung des Hilfsmittels beim Versicherten zwecks Reparatur / Wartung und der Rückgabe des Hilfsmittels an den Versicherten nach durchgeführter Reparatur / Wartung sind in der Versorgungspauschale enthalten.

2.7.4 Kontaktdaten des Leistungserbringers

Bei Lieferung der Hilfsmittel informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in geeigneter Form über seine Kontaktdaten (einschließlich der Servicehotline und medizintechnischen Notdienst gemäß Ziff. 2.7.5.).

2.7.5 Telefonische Kunden-Hotline / medizintechnischer Notdienst

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit von geschulten Fachkräften. Hierzu gewährleistet er eine Servicehotline (Montag bis Freitag von 08.00 bis 17.00 Uhr).

Der Leistungserbringer hat außerdem für medizintechnische Notdienste an jedem Tag im Jahr einen 24-Stunden-Notdienst zu gewährleisten. Der Notdienst wird auf Anforderung durch den Arzt, Versicherten oder dessen Pflegepersonal stets sofort tätig. Bei Problemen am Hilfsmittel stellt der Leistungserbringer sicher, dass diese durch telefonische Anleitung oder vor Ort behoben werden. Bei Gerätedefekten muss der Notdienst innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden.

2.7.6 Abholung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer holt das Hilfsmittel nach Beendigung der Versorgung im Rahmen der Versorgungspauschale beim Versicherten ab und nimmt dieses zurück.

Sollte die KKH ihrerseits Kenntnis davon erlangen, dass ein Hilfsmittel vom Versicherten nicht mehr benötigt wird, z.B. auf Grund eines Todesfalls oder Aufnahme des Versicherten in ein Alten- / Pflegeheim (sofern die Hilfsmittelversorgung durch den Pflegesatz abgegolten ist), informiert sie den Leistungserbringer hiervon unverzüglich.

3. Rezeptmanagement

Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten ein Rezeptmanagement an. Das Rezeptmanagement dient dazu, den Therapieerfolg und die Versorgungsqualität zu gewährleisten. Im Rahmen des Rezeptmanagements willigt der Versicherte ein, dass ärztliche Verordnungen über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel von seinem behandelnden Arzt direkt an den Leistungserbringer persönlich oder postalisch weitergegeben werden (Anlage 03: Muster „Rezeptauftrag“).

4. Beschwerdemanagement

Der Leistungserbringer hat im Rahmen der Vertragserfüllung ein Beschwerdemanagement zu führen. Das Beschwerdemanagement wird von einem besonders qualifizierten und zertifizierten Beschwerdemanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 oder anderen vergleichbaren ISO-Normen (z.B. DIN ISO 10002:2010-05) begleitet.

5. 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 zertifiziert ist. In regelmäßigen Abständen wird das mit der Versorgung vertraute Personal des Leistungserbringers nach Herstellervorgaben nachgeschult. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift. Die als Anlage 09: „Eigenerklärung über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen“ beigefügte Erklärung ist bei Vertragsabschluss

bzw. der Erklärung zum Vertragsbeitritt einzureichen. Ein Nachweis über die Personalqualifikation ist nach Aufforderung durch die KKH unverzüglich in geeigneter Form vorzulegen.

Anlage 02 "Preisvereinbarung"

1. Grundsätze zur Vergütung (Versorgungspauschale)

Die vertragsgegenständlichen Flüssigsauerstoffsyste-
me: Flüssiggasbehältersysteme, stationär (Hilfsmittel-Nr.: 14.24.05.1 / 14.24.05.6) und
Flüssiggasbehältersysteme, mobil, tragbar / ggf. getriggert (Hilfsmittel-Nr.: 14.24.05.2 /
14.24.05.9) einschließlich der Flüssiggasbehälterbefüllungen für die Versicherten der KKH
werden im Wege von Monatspauschalen (Versorgungspauschale) vergütet.

Von der Vergütungspauschale umfasst sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung
erforderlichen Versorgungsleistungen wie z.B. eine telefonische Beratung und
Auftragsannahme; Einweisung / Beratung des Versicherten; Lieferung; Montage und Abho-
lung; Durchführung von Reparaturen; Wartungsarbeiten und sicherheitstechnische Kontrollen
gemäß Herstellervorgaben, sowie Ersatzgestaltung während Wartung / Reparatur.

Die Höhe der anzusetzenden Versorgungspauschale richtet sich nach dem Sauerstoff-Flow.
Dieser muss gemäß Anlage 01: Leistungsbeschreibung ärztlicherseits bestätigt sein. Zur
Festsetzung der Versorgungspauschale wird der Durchschnittswert des Sauerstoff-Flows in
Ruhe und Belastung herangezogen. Sofern dies im Einzelfall nicht möglich ist, kann die
Festsetzung anhand des auf der ärztlichen Verordnung angegebenen Sauerstoff-Flows
erfolgen.

Verändert sich der Sauerstoff-Flow und wirkt sich dies auf die festgesetzte Versorgungs-
pauschale nach Abs. 3 aus, hat der Leistungserbringer die KKH unverzüglich zu informieren.
Hierfür reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung gemäß
Anlage 05: Datenübermittlung ein.

Ein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entsteht erstmalig ab dem Monat, in dem
die Lieferung der Hilfsmittel beim Versicherten eingeht und die Versorgung sichergestellt ist.

Die Einzelaufträge umfassen im Erstversorgungszeitraum (Vergütungspauschale) 6
Kalendermonate und im Folgeversorgungszeitraum (Folgevergütungspauschale) einen
Versorgungszeitraum von 12 Kalendermonaten.

Als Zeitraum sind immer die gesamten Kalendermonate anzugeben (z.B. 01.04.2025 bis
31.03.2026). Beginnt die Versorgung während des Monats, ist der tatsächliche Versorgungs-
beginn anzugeben (z.B. 05.04.2025 – 31.03.2026).

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

Der Vergütungsanspruch endet am letzten Tag des vorhergehenden Kalendermonats, in dem
der Versicherte verstirbt oder die medizinische Notwendigkeit der Versorgung entfällt.

Beispiel:

Der Versicherte erhält am 05.04.2025 ein Flüssigsauerstoffsyste-

Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	Versorgungszeitraum	HIMI- KZ	Anzahl / Menge	Einzelpreis (netto)	Gesamt- preis (netto)
14.99.92.6005	Erstversorgung	05.04.24 bis 31.03.25	09	12	315 €	3.780 €

Der Leistungserbringer stellt im Rahmen seiner Bedarfsfeststellung fest, dass der LOX-Bedarf sich verringert. Er stellt einen Kostenvoranschlag gemäß Ziffer 1.5 vgl. Anlage 01_Leistungsbeschreibung.

<i>Abrechnungs- positions-Nr.</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Versorgungszeitraum</i>	<i>HIMI- KZ</i>	<i>Anzahl / Menge</i>	<i>Einzelpreis (netto)</i>	<i>Gesamt- preis (netto)</i>
14.99.92.6004	Erstversorgung	01.06.25 bis 31.05.26	09	12	230 €	2.760 €

Abrechnungs- positions-Nr.	Bezeichnung	Zeitraum	Kennzeichen Hilfsmittel	Verordnungs- pflicht	Zuzahlungs- pflicht	Genehmig- ungs- zeitraum	Preis (netto) in € / je Monat
14.99.92.6004	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate 0,5 – 4,0 l/ min	1 Kalender- monat	08	ja	ja	6 Kalender- monate	230 €
14.99.92.6004	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate 0,5 – 4,0 l/ min	1 Kalender- monat	09	ja	ja	12 Kalender- monate	230 €
14.99.92.6005	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate 4,1 – 6,0 l/ min	1 Kalender- monat	08	ja	ja	6 Kalender- monate	315 €
14.99.92.6005	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate 4,1 – 6,0 l/ min	1 Kalender- monat	09	ja	ja	12 Kalender- monate	315 €
14.99.92.6006	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate 6,1 – 10,0 l/ min	1 Kalender- monat	08	ja	ja	6 Kalender- monate	373 €
14.99.92.6006	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate 6,1 – 10,0 l/ min	1 Kalender- monat	09	ja	ja	12 Kalender- monate	373 €

14.99.92.6007	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate ab 10,1 l/ min	1 Kalendermonat	08	ja	ja	6 Kalendermonate	530 €
14.99.92.6007	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssigsauerstoff), stationär (14.24.05.1/14.24.05.6), Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil / tragbar (14.24.05.2/14.24.05.9), Flüssiggas (14.99.99.1010-14.99.99.1022) – Flowrate ab 10,1 l/ min	1 Kalendermonat	09	ja	ja	12 Kalendermonate	530 €

 Ort, Datum

 Unterschrift Leistungserbringer

Anlage 03: „Muster Inhalte Verordnung gemäß Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie“

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenversicherungsnummer:

Krankenversicherung:

Station/Zimmer:

Lieferadresse: ☐ Heimatadresse ☐ steht noch nicht fest ☐ sonstige Adresse

Telefonnummer Kontaktperson:

Voraussichtliche Entlassung des Patienten am:

Diagnosen:

Ein oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- ☐ Ruhe $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$
- ☐ Ruhe PaO_2 zwischen 55mmHg und 60mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer Rechtsherzinsuffizienz und/oder sekundäre Polyglobulie
- ☐ Abfall des PaO_2 (O_2 -Sättigung) auf $< 55\text{mmHg}$ ($< 88\%$) bei körperlichen Belastungen (entsprechend Aktivitäten des täglichen Lebens) und Nachweis einer symptomatischen Besserung
- ☐ Hypoxämie während des Schlafes

☐ Ist eine Langzeittherapie notwendig? ☐ ja ☐ nein

Blutgasanalysen liegen vor:

Ruheblutgase:	PO_2	mmHg	PCO_2	mmHg	Sättigung	%
nach O_2 -Gabe (_ l/min.)	PO_2	mmHg	PCO_2	mmHg	Sättigung	%
nach Belastung	PO_2	mmHg	PCO_2	mmHg	Sättigung	%
Wegstrecke ohne O_2 :		m				
Wegstrecke mit O_2 :		m				

Für die Therapie ist folgender Sauerstoff-Fluss erforderlich:

• Ruhe: l/min • Belastung: l/min • Applikationsdauer: Stunden/Tag

Wie hoch ist die tägliche Mobilität? ☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ mittel und/oder ☐ Stunden/Tag

Ist der Patient in der Lage, ein Demandsystem zu triggern? ☐ ja ☐ nein

Wurden bisher Geräte zur O₂-Versorgung genutzt? ☐ ja ☐ nein **Welches?**

Folgendes Applikationssystem wird verordnet:

<u>stationäre Sauerstoffversorgung</u> ☐ Konzentrator ☐ Homefill ☐ Rückentragehilfe ☐ Caddy ☐ Rollator	<u>mobile Sauerstoffversorgung</u> ☐ tragbarer Stahldruckflasche mit ☐ Druckminderer ☐ Demandsystem ☐ Flüssigsauerstoff (Standbehälter + Tragebehälter) ☐ Flüssigsauerstoff (Standbehälter + tragbare Leichtflasche) ☐ mobiler Konzentrator (transportabel) ☐ mobiler Konzentrator (tragbar)
---	---

Ein Flüssigsauerstoffsystem ist erforderlich, weil

- ☐ eine hinreichende Mobilität des Patienten gegeben ist, die mit tragbaren Druckflaschen oder anderen Systemen nicht ausreichend sichergestellt werden kann.
- ☐ der Patient außergewöhnlich hohe Sauerstoff-Flussraten benötigt.

Bemerkungen:

Datum

Unterschrift Arzt / Stempel

Anlage 04: „Abrechnungsregelung“**Abrechnungsmodalitäten****Grundsätzliches**

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

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

(1) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Codierblatt,

Verordnung und

ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

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

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

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

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

- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
 - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- (19) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (20) Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.
- (21) Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
- (22) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (23) Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (24) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.
- (25) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem 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 05: „Datenübermittlung“

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

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 Kostenvoranschlags 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 Kostenvoranschlags, Anpassung/Reparatur/sicherheitstechnische Kontrolle/Wartung/Rückholung eines Hilfsmittels,
- Versand des Kostenvoranschlags,
- 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 beigefügte 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.

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.

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.

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.

Lieferbestätigung

n.n.

Rückholbestätigung

n.n.

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 "Leistungserbringerguppe" (LEGS) anzugeben.

Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen

Tel. 04 21.16 33 95-32 50

Fax 04 21.16 33 95-55 99

E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera

Tel. 03 65.55 28 6-24 50

Fax. 03 65.55 28 6-24 99

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

Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

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

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

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

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

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: „Bestätigung Beratung, Empfang, Einweisung, Funktionsprüfung“

Versicherten-Nr.:

Herr/Frau:

Geburtsdatum:

Datum:

Bestätigung der Beratung, Einweisung

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

am

zu folgendem Hilfsmittel:

beraten/eingewiesen.

Bestätigung des Empfangs, der Einweisung und der Funktionsprüfung

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

hat am

folgendes Hilfsmittel:

Hilfsmittel-Typ:

Hilfsmittel-Bezeichnung:

Hersteller:

Hilfsmittelpositionsnummer:

Serien-Nummer:

als Sachleistung erhalten.

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

Vereinbarung:

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

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

Einen Durchschlag dieser Empfangsbestätigung erhalten zu haben.

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

.....
Unterschrift Versicherter¹

oder Unterschrift von, sofern durch den Versicherten nicht möglich:

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

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

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift + Stempel Leistungserbringer

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

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

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

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

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

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

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

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

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja ☐ Nein ☐_____
Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherte/r*_____
Beratende/r Mitarbeiter/in

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

Anlage 09: "Eigenerklärung über die personellen und fachlichen (Mindest-) Anforderungen"

Die persönliche Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel beim Versicherten hat ausschließlich durch qualifizierte Fachkräfte zu erfolgen, die hierzu vom jeweiligen Hersteller zertifiziert sind und die erforderliche Fachkunde besitzen.

Die KKH fordert vor diesem Hintergrund die folgende Eigenerklärung:

- ☐ Wir erklären, dass wir **zu Vertragsbeginn** zur hilfsmittelbezogenen, persönlichen Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel **eigenes, fest-angestelltes, fachkundiges Personal*** einsetzen, welches hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPG/MPDG bzw. der MPBetreibV zertifiziert ist. Das Personal beherrscht die deutsche Sprache in Wort und Schrift.

Anzahl: ____ Fachkräfte

- ☐ Wir erklären, dass wir **zu Vertragsbeginn** zur hilfsmittelbezogenen, persönlichen Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel **externe, fachkundige Personen*** einsetzen, welche hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPG/MPDG bzw. der MPBetreibV zertifiziert sind.

Anzahl: ____ Fachkräfte

- ☐ Wir erklären, dass wir **zu Vertragsbeginn** zur hilfsmittelbezogenen, persönlichen Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel auch **Nachunternehmer**** gemäß Anlage 10: „Verzeichnis der Nachunternehmerleistungen“ einsetzen, welche hierzu vom jeweiligen Hersteller des Hilfsmittels nach den Bestimmungen des MPG/MPDG bzw. der MPBetreibV zertifiziert sind.

Anzahl: ____ Nachunternehmer

Unsere Angaben sind vollständig und richtig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer

*** Klarstellung der KKH:**

Sofern der Leistungserbringer beabsichtigt, zur hilfsmittelbezogenen, persönlichen Beratung, Einweisung und Funktionskontrolle der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel Personen zu beauftragen, die gleichzeitig Mitarbeiter niedergelassener Vertragsärzte oder von Krankenhäusern sind, ist dies nicht zulässig (vgl. § 128 Abs. 2 SGB V).

**** Klarstellung der KKH:**

Der Nachunternehmer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen und nachzuweisen.

Anlage 10: Verzeichnis der Nachunternehmerleistungen

Nachunternehmervverzeichnis

Nachfolgende Unternehmen, deren Fähigkeiten wir uns im Auftragsfalle bedienen werden, bezeichnen wir nebst Art und Umfang der von ihnen auszuführenden Leistungen:

Unternehmen 1: Name

Art des Nachweises: _____ Anlage Nr.: _____

Leistungsbereich	Versorgungsregion	Beschreibung der Teilleistungen

Unternehmen 2: Name

Art des Nachweises: _____ Anlage Nr.: _____

Leistungsbereich	Versorgungsregion	Beschreibung der Teilleistungen

Unternehmen 3: Name

Art des Nachweises: _____ Anlage Nr.: _____

Leistungsbereich	Versorgungsregion	Beschreibung der Teilleistungen

Unternehmen 4: Name

Art des Nachweises: _____ Anlage Nr.: _____

Leistungsbereich	Versorgungsregion	Beschreibung der Teilleistungen

Unternehmen 5: Name _____

Art des Nachweises: _____

Anlage Nr.: _____

Leistungsbereich	Versorgungsregion	Beschreibung der Teilleistungen

Unternehmen 6: Name _____

Art des Nachweises: _____

Anlage Nr.: _____

Leistungsbereich	Versorgungsregion	Beschreibung der Teilleistungen

Ort und Datum

Unterschrift, Stempel Leistungserbringer

Hinweis zum: „Verzeichnis der Nachunternehmerleistungen“:

Unter „Leistungsbereich“ ist kurz bezeichnet, welcher Teil der Aufgabenerfüllung / Auftragsdurchführung auf den Unterauftragnehmer entfällt. Dies ist unter „Beschreibung der Teilleistungen“ kurz näher zu beschreiben. Unter „Versorgungsregion“ ist die Region (bundesweit/Bundesland o.ä.) anzugeben, im Rahmen dessen der Unterauftragnehmer zum Einsatz vorgesehen ist.