

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.12.2019 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Encasings und Neurodermitisoveralls (PG 19) 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. Deckblatt mit allen geforderten Nachweisen per E-Mail an folgende Adresse:

zhm@kkh.de

oder per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

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 Institutionskennzeichen auflistet.

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

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an:

- Frau Schulze (E-Mail: stefanie.schulze@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3343) oder
- Frau Fahlbusch (E-Mail: andrea.fahlbusch@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3309)

aus dem Referat Hilfsmittel.

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 Versorgung der Versicherten mit milbendichten Bettbezügen (Encasings) und Neurodermitisoveralls (PG 19)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit milbendichten Bettbezügen (Encasings) und Neurodermitisoveralls (PG 19).

Mit freundlichen Grüßen

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

**Rahmenvertrag über
die Versorgung der Versicherten mit milbendichten Bettbezügen (Encasings) und
Neurodermitisoveralls (PG 19)**

Leistungserbringergruppenschlüssel: siehe Punkt 2

Leistungserbringer

Name und ggf. Rechtsform: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____
Ansprechpartner: _____
IK: _____

Erklärung:

1. Wir erklären hiermit den Beitritt zu dem o. g. Vertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V.
Der Beitritt wird mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
wirksam.

Der Beitritt wird für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt:

- Nein, der Beitritt wird nur für die o.g. Betriebsstätte erklärt.
 Ja, der Beitritt wird für folgende Betriebsstätten erklärt [*Bitte geben Sie hier die IK an,
für die der Beitritt erklärt wird:*]

2. Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den Beitritt zu [*Zutreffendes bitte ankreuzen*]:

- Los A - LEGS 19.99.P89 Los B - LEGS 19.99.J39

3. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Produkte zu erfüllen.
4. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten. Wir sind damit einverstanden, dass Änderungen und Ergänzungen des o. g. Vertrages uns gegenüber nach schriftlicher Bekanntgabe automatisch wirksam werden, es sei denn, wir widersprechen der Geltung der Änderungen schriftlich innerhalb einer Frist von 14 Tagen.
5. Wir bestätigen hiermit *[Zutreffendes bitte ankreuzen]*:
 - Die versandkostenfreie Lieferung der vertragsgegenständlichen Produkte.
 - Die zur Versorgung eingesetzten Produkte erfüllen die Anforderungen an die Qualität und Ausführung gem. Anlage 03: „Anforderungen an Qualität und Ausführung“ gemäß:
 - Los A
 - Los B

Nachweis

Produktblatt o.ä. *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- Das Vorliegen einer gültigen ECARF- oder TÜV-Zertifizierung für die vertragsgegenständlichen, milbendichten Encasings.

Nachweis

- Aktuelles EARF- oder TÜV-Zertifikat *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

- Das Vorhandensein eines Datenschutzbeauftragten nach EU-DSGVO *[sollten mehr als mindestens 10 Mitarbeiter Ihres Betriebes regelmäßig mit automatisierter Datenverarbeitung (Erhebung und Nutzung) zu tun haben]*

Nachweis

Aktuelles Zertifikat *[bitte als Anlage der Beitrittserklärung beifügen]*

6. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.
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

(Rahmen-) Vertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

**über die Versorgung der Versicherten der KKH mit
Encasings und Neurodermitisoveralls (PG 19)**

zwischen

Leistungserbringer:

IK: _____

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

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

- nachfolgend KKH genannt -

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19.99.J39 und 19.99.P89

Präambel

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 Einzelvertrag mit dem Leistungserbringer geschlossen.

Dem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten.

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

§ 1 Gegenstand

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung (Neukauf) der Versicherten der KKH mit folgenden Hilfsmitteln/Produkten und dem entsprechenden Zubehör einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen gem. Leistungsbeschreibung:

- Allergikermatrattenbezug (kasseneigene Hilfsmittelpositionsnummer 19.80.01.1.000)
- Allergikerbettwäsche, Set (kasseneigene Hilfsmittelpositionsnummer 19.80.01.2.000)
- Allergikerkopfkissenbezug (kasseneigene Hilfsmittelpositionsnummer 19.80.01.3.000)
- Allergikeroberbettbezug (kasseneigene Hilfsmittelpositionsnummer 19.80.01.4.000)
- Allergikerbettwäsche, kleines Set (kasseneigene Hilfsmittelpositionsnummer 19.80.01.5.000)
- Neurodermitisoverall (kasseneigene Hilfsmittelpositionsnummer 19.80.02.0.000)

Die abgegebenen Hilfsmittel/Produkte gehen in das Eigentum des Versicherten über.

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen:
 - Anlage 01 Leistungsbeschreibung
 - Anlage 02 Preisblatt
 - Anlage 03 Anforderungen an Qualität und Ausführung
 - Anlage 04 Abrechnungsregelung

§ 3 Geltungsbereich

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/Produkt mit Wirkung ab Vertragsbeginn besitzen und ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln/Produkten 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 („Muster 16“) nachzuweisen (vgl. Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL). Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel/Produkt nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Unklarheiten sind durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu beseitigen.
- (4) Der Leistungserbringer hat über die gesamte Vertragslaufzeit ausreichend Personal einzusetzen, das die erforderliche Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistung besitzt.
- (5) Die erforderlichen Geräte, sonstigen Arbeitsmittel und Räumlichkeiten, die nach ihrer Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung geeignet und erforderlich sind, eine fach- und fristgerechte Versorgung gemäß Leistungsbeschreibung durchzuführen, sind vorzuhalten.
- (6) Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine der genannten Voraussetzungen entfallen, ist die KKH unverzüglich schriftlich zu informieren.

§ 5 Prüfrechte

- (1) Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der KKH während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.
- (2) 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 behält sich vor, zu den geschäftsüblichen Zeiten Testanrufe durchzuführen, um sich von der Leistungsfähigkeit des Leistungserbringers und den in der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ aufgeführten Vorgaben zur telefonischen Erreichbarkeit zu überzeugen.

- (3) Die KKH kann die medizinische Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung überprüfen. Mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird der KKH den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Einzelfall beauftragen.

§ 6 Vertragslaufzeit

Der Rahmenvertrag tritt am 01.12.2019 in Kraft und gilt unbefristet.

§ 7 Kündigung

- (1) Beide Parteien haben das Recht, den vollständigen Vertrag mit seinen Anlagen und Anhängen mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende ordentlich zu kündigen. Eine Kündigung des Hauptvertrages schließt die Kündigung der Anlagen und Anhänge ein.
- (2) Erfolgt eine Kündigung des Vertrages durch den Leistungserbringer, hat er diese an folgende zuständige Stelle zu übermitteln:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Maßgeblich für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist der Zugang des Kündigungsschreibens. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

- (3) Hiervon unberührt bleibt das Recht beider Parteien zur außerordentlichen fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund.

§ 8 Sonderkündigungsrecht

- (1) Auf Seiten der KKH liegt ein Grund zur außerordentlichen Kündigung vor, wenn:
- die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 nicht mehr gegeben sind,
 - die vertragliche Zusammenarbeit aufgrund einer bereits erfolgten oder bevorstehenden Aufsichtsanordnung durch die zuständige Aufsichtsbehörde unzulässig ist,
 - sie mit einer anderen Krankenkasse fusioniert.
- (2) Die KKH kann den Vertrag 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.

§ 9 Folgen von Vertragsverstößen

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer seine Vertragspflichten nicht oder fügt er der KKH in sonstiger Weise Schaden zu, so kann ihn die KKH unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen.
- (2) Die KKH ist bei einer Nichtversorgung oder nicht fristgerechten Versorgung durch den Leistungserbringer dazu berechtigt, im Rahmen einer Ermessensentscheidung eine Nachbesserungsfrist zu setzen oder die Versorgung durch Dritte sicherzustellen. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung innerhalb der Nachbesserungsfrist nicht nach, so kann der Auftrag durch die KKH ebenfalls entzogen werden. Bei Auftragsentzug hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung zu begleichen. Abs. 2 Satz 2 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Es gelten im Übrigen die Bestimmungen der Leistungsbeschreibung.
- (3) Hält der Leistungserbringer die in der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“ definierten Lieferfristen nicht ein und stellt dem Versicherten innerhalb dieser Fristen auch keine Interimsversorgung nach Maßgabe der Leistungsbeschreibungen zur Verfügung¹, so verwirkt er eine Vertragsstrafe, es sei denn, er hat der KKH mitgeteilt, dass der Versicherte nicht erreichbar ist, oder er kann durch Vorlage der in den Leistungsbeschreibungen geforderten Dokumentation einen abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachweisen. Eine Vertragsstrafe nach Satz 1 wird auch dann nicht verwirkt, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass ihn in Bezug auf die nicht fristgerechte Versorgung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft. Eine Vertragsstrafe kann während der Laufzeit des Vertrages mehrfach verwirkt werden.

Als angemessene Höhe der Vertragsstrafe vereinbaren die Parteien 250,00 EUR je Versorgungsfall, in dem die Versorgungsfrist nicht eingehalten wurde. Die Summe aller Vertragsstrafen, die innerhalb eines Kalenderjahres verwirkt werden können, ist begrenzt auf maximal 5 % des Jahresumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag in dem Kalenderjahr erzielt. Gemessen an der Höchstgrenze zu viel gezahlte Vertragsstrafen werden nach Ablauf des Kalenderjahres von der KKH unverzüglich erstattet.

- (4) Die KKH ist dazu berechtigt, den Vertrag bei schwerwiegenderen Vertragsverstößen aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß und Grund für eine außerordentliche Kündigung gilt insbesondere:

- a) Berechnung nicht ausgeführter oder abweichender Leistungen und Lieferungen,
- b) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die gesetzlichen Datenschutzregelungen,
- c) die Erhebung von Aufzahlungen gegenüber den Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
- d) rufschädigende Äußerungen über die KKH gegenüber den Versicherten,
- e) unzulässige Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten, gemäß § 14.

¹ Wenn zutreffend.

§ 10 Preise und Vergütung

- (1) Die Preise der Leistungen ergibt sich aus der Anlage 02: „Preisblatt“ für das jeweilige vertragsgegenständliche Hilfsmittel.
- (2) Die Preise sind jeweils exklusiv der gesetzlichen Mehrwertsteuer (netto). Es gilt der aktuelle zum Abgabepunkt gültige gesetzliche Mehrwertsteuersatz. Die Preise gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit.
- (3) Mit der Zahlung der vereinbarten Vertragspreise sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.
- (4) Die Vergütung des Leistungserbringer ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gem. der Anlage 04: „Abrechnungsregelung“ zur Zahlung fällig.
- (5) Der Vergütungsanspruch entsteht nur, wenn alle gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, welche die Versorgung der Versicherten steuern sollen, eingehalten werden.

§ 11 Gesetzliche Zuzahlung

- (1) 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. Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- (2) Dem Leistungserbringer ist es nicht gestattet, ein Entgelt für die Nichtteilnahme am Lastschriftverfahren zu verlangen.

§ 12 Aufzahlungen

- (1) Verlangt der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Krankenkasse hinausgehende Versorgung, hat er nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V die Mehrkosten (Aufzahlung) selbst zu tragen. Dies betrifft auch dadurch bedingte höhere Folgekosten, wie z.B. Zubehör, Folgeleistungen und Reparaturen.
- (2) Die entstehenden Mehrkosten können dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gewünscht und schriftlich bestätigt hat.
- (3) 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 Kostenpflicht nachzuweisen.
- (4) Die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 ist bei der Abrechnung der Leistung anzugeben.

§ 13 Wirtschaftlichkeit/Auswahl des Hilfsmittels

- (1) Die Auswahl des zweckmäßigen Hilfsmittels/Produkts hat entsprechend der ärztlichen Verordnung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gem. §§ 12, 70 SGB V zu erfolgen.
- (2) Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt verordnet, entbindet das den Leistungserbringer und die KKH gemäß § 12 SGB V nicht, die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt zu prüfen. Die KKH kann durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beratend prüfen lassen, ob das Produkt medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes trifft auf Basis des MDK-Gutachtens die KKH. Kommt die KKH zu dem Ergebnis, dass die Versorgung mit dem Produkt eines vom Leistungserbringer angebotenen Herstellers ausreichend und zweckmäßig ist, hat der Leistungserbringer die Versorgung mit diesem Produkt zum angebotenen Preis vorzunehmen. Die KKH ist dazu berechtigt, den Versicherten darauf hinzuweisen, wenn ein anderer Vertragspartner das vertragsärztlich verordnete Produkt bzw. das vom Versicherten gewünschte Produkt mehrkostenfrei im Sortiment hat.
- (3) Stellt sich im Rahmen der Bedarfssfeststellung durch den Leistungserbringer heraus, dass der Versicherte nicht mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel/Produkt versorgt werden kann, besteht kein Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Die KKH ist hierüber unverzüglich zu informieren. Eine Vergütung für die Bedarfssfeststellung erfolgt nicht.
- (4) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln an.

§ 14 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten

- (1) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Hilfsmittel/Produkte, ist nicht zulässig.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, keine Depots der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel/Produkte in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen einzurichten. Der Leistungserbringer darf nur Leistungen abrechnen, die er selbst persönlich erbracht hat.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig.
- (4) Unzulässig ist auch die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile (z.B. unentgeltliche Erbringung von Leistungen für niedergelassene Ärzte oder stationäre Einrichtungen, die im System der GKV nicht dem Hilfsmittelleistungserbringer, sondern dem niedergelassenen Arzt oder der stationären Einrichtung obliegen).
- (5) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln/Produkten zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.

- (6) Für sämtliche Kooperationen mit Krankenhäusern/Reha-Einrichtungen gelten die Compliance-Grundsätze des Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed (Dokumentationsprinzip, Transparenzprinzip, Trennungsprinzip, Äquivalenzprinzip).
- (7) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.
- (8) Ein Verstoß gegen Abs. 1 bis 5 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 9 dar.

§ 15 Abrechnung genehmigungsfreier Leistungen

- (1) Der Leistungserbringer kann die Kosten für die Versorgung genehmigungsfrei abrechnen.
- (2) Soweit der Leistungserbringer abweichend von diesem Vertrag einen Kostenvorschlag (KVA) zu erstellen und einzureichen hat, ist der Kostenvoranschlag (KVA) grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) zu übermitteln.
- (3) Den Abrechnungsunterlagen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung beizufügen, sofern der Leistungserbringer nicht direkt durch KKH zur Versorgung beauftragt wurde. Auf Verlangen der KKH ist die ärztliche Verordnung im Original vorzulegen.
- (4) Die KKH hat das Recht, während der Vertragslaufzeit Genehmigungsfreigrenzen zu ändern oder neu zu definieren, oder die Genehmigungsfreiheit in eine Genehmigungspflicht umzustellen. Dies gilt auch im umgekehrten Fall. Diesbezügliche Änderungen werden spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Auftragnehmer angekündigt.

§ 16 Personelle Anforderungen

- (1) Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein.
- (2) Die Mitarbeiter des Leistungserbringens, die mit den Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.
- (3) Die Anforderungen gemäß Absatz 1 bis 2 gelten auch für externe Personen, die die Leistungserbringer zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung einsetzen.
- (4) Der Leistungserbringer hat zu gewährleisten, dass im Verhinderungsfall der Fachkraft, die Vertretung durch eine andere Fachkraft mit denselben Qualifikationen sichergestellt ist.

§ 17 Abrechnungsregelung

Die Abrechnung erfolgt gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, siehe auch Anlage 04: „Abrechnungsregelung“.

§ 18 Haftung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels/Produkts bei der Auslieferung. Die Parteien sind sich einig, dass § 476 BGB für Versorgungen im Kaufverfahren entsprechende Anwendung findet.
- (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.

§ 19 Wettbewerb und Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen abzustellen und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der KKH beziehen. Anschreiben der Leistungserbringer an die Versicherten der KKH, die im Zusammenhang mit diesem Vertrag stehen sind vorab inhaltlich mit der KKH abzustimmen. Dies gilt auch für die Benachrichtigung der Versicherten über das Ende dieses Rahmenvertrages.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig.
- (4) Es gelten die im modernisierten Kodex "Medizinprodukte" der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln vom 01.01.2015.
- (5) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

§ 20 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.

§ 21 Abtretung/Aufrechnung

- (1) Die Abtretung von Rechten und Ansprüchen aus diesem Vertrag bedarf der vorherigen Zustimmung der anderen Vertragspartei.
- (2) Der Leistungserbringer darf nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Forderungen aufrechnen.

§ 22 Schriftform

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

§ 23 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.

Anlage 01: „Leistungsbeschreibung Versorgung mit milbendichten Bettbezügen (Encasings) und Neurodermitisoveralls (PG 19)“

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
1. Leistungsumfang	2
2. Leistungsort.....	2
3. Grundsätzliches.....	2
4. Verordnung.....	3
5. Versorgungsanzeige.....	4
6. Genehmigungsfreiheit der Produkte	4
7. Beratung und Bedarfseinstellung.....	4
8. Lieferung	5
9. Lieferbestätigung/Lieferdokumentation	6
10. Versorgungen/Kostenvoranschläge außerhalb dieses Vertrages.....	6
11. Telefonische Erreichbarkeit	6
12. Dokumentation	6
13. Beschwerdemanagement.....	6

Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“

Diese Leistungsbeschreibung ist Bestandteil des Vertrags.

1. Leistungsumfang

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das verordnete Produkt nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zur Verfügung.

Mit umfasst sind alle im Zusammenhang damit erforderlichen Dienst-, Service- und Versorgungsleistungen wie z.B.:

- Auftragsannahme,
- Beratung des Versicherten,
- Bedarfsfeststellung,
- Lieferung,
- Nachbetreuung,
- Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile,
- Vorhaltung einer Servicehotline.

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

2. Leistungsort

Der Leistungserbringer hat die Lieferung der Produkte in der Häuslichkeit/am Wohnsitz des Versicherten oder - soweit erforderlich - in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen¹ durchzuführen, soweit nachfolgend bzw. im Vertrag nicht Abweichendes bestimmt ist.

3. Grundsätzliches

Grundsätzlich haben die Versicherten einen Anspruch auf die Versorgung mit einem Encasing-Set (einfache Ausstattung) alle 10 Jahre. Abweichend von diesem Versorgungszeitraum haben Kinder Anspruch auf Neuversorgung, wenn wachstumsbedingt das Kind eine größere Matratze/größeres Bettzeug erhält.

Der Versicherte hat Anspruch auf eine Zweitausstattung, wenn dies vom Arzt medizinisch begründet wurde, weil:

- bei der Versorgung eines Kindes das Geschwisterkind im selben Zimmer schläft,
- bei der Versorgung eines Kindes eine Zweitausstattung für den Kindergarten benötigt wird,
- bei der Versorgung eines Erwachsenen für das Bett des (Ehe-)Partners ebenfalls eine Ausstattung benötigt wird.

Bei der Versorgung mit Neurodermitisoveralls haben Kinder einen Anspruch von maximal zwei Ausstattungen je Größe.

Alle zur Versorgung eingesetzten Produkte müssen die vorgegebenen Anforderungen gem. der Anlage 03: „Anforderungen an Qualität und Ausführung“ erfüllen.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird der Einfachheit halber nur von der Häuslichkeit gesprochen, schließt aber ggf. Behinderteneinrichtungen, Pflegeheime oder vergleichbare Einrichtungen ein.

4. Verordnung

Die Versorgung erfolgt in der Regel auf der Grundlage eines vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten Arzneiverordnungsblattes (Muster 16, vgl. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V).

Ordnungsgemäß ausgestellt ist ein Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), wenn es neben dem Produkt 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 Versorgungen
- 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 Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen² 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.

Wenn der Leistungserbringer die Versorgung innerhalb dieser Frist sicherstellt und den Versicherten fristgerecht beliefert, gilt die Frist als gewahrt.

Neben dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) zugelassener Vertrags- oder Krankenhausärzte akzeptiert die KKH auch inhaltsgleiche ärztliche Bescheinigungen/Versorgungsanzeigen sowie nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein. Handelt es sich um eine Krankenhausverordnung, ist vom Leistungserbringer eine Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH einzuholen. Es ist das Institutionskennzeichen (IK) des verordnenden Krankenhauses auf dem zwingend einzureichenden Kostenvoranschlag (KVA) anzugeben.

² Für Verordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements beträgt die Frist 7 Kalendertage gem. § 6a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie).

5. Versorgungsanzeige

Der Leistungserbringer erhält die Verordnung und damit den Auftrag zur Versorgung direkt durch den Versicherten.

Geht die Verordnung bei der KKH ein, informiert die KKH den Versicherten über sein freies Wahlrecht zwischen den Vertragspartnern. Der Versicherte trifft seine Entscheidung, welcher Vertragspartner ihn versorgen soll. Entweder wendet sich der Versicherte daraufhin direkt an den gewählten Vertragspartner oder die KKH beauftragt den vom Versicherten gewählten Leistungserbringer mit der Versorgung.

Die erforderlichen Versichertenkontakte, z.B. für die Beratung und Bedarfsfeststellung, können bei der KKH angefordert werden oder sie werden direkt durch die KKH mit der Beauftragung zur Verfügung gestellt.

6. Genehmigungsfreiheit der Produkte

Die Versorgung der Versicherten mit Encasings und Neurodermitisoveralls kann zu den Bedingungen dieses Vertrages genehmigungsfrei bis zu den vertraglich vereinbarten Konditionen erfolgen. Das heißt, dass der Leistungserbringer grundsätzlich keinen Kostenvoranschlag einzureichen hat.

Die Abrechnung der Leistung kann direkt gemäß der Anlage 03: „Abrechnungsregelung“ erfolgen. Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise/Konditionen angegeben werden.

7. Beratung und Bedarfsfeststellung

Um den Versicherten mit einem geeigneten und medizinisch notwendigen Produkt zu versorgen, hat eine Beratung und Bedarfsfeststellung zu erfolgen.

Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V zu beraten, welche Produkte und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 6 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet sind.

Der Versicherte ist im Beratungsgespräch über die Produkteigenschaften und Besonderheiten zu informieren.

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

Bei der Bedarfsfeststellung zur Versorgung muss der individuelle Bedarf des Versicherten erhoben werden, um eine bedarfsgerechte Auswahl des Produktes zu treffen. Außerdem hat der Leistungserbringer den Versicherten zu befragen, ob er bereits mit einem vertragsgegenständlichen Produkt versorgt wurde. Die Regelungen unter Punkt 3 sind zu beachten. Im Zweifel ist die KKH zu kontaktieren.

Ergibt die Beratung und Bedarfsfeststellung, dass kein vertraglich geregeltes Produkt aufgrund der vorliegenden Symptome/Erkrankungen geeignet ist, sind die Regelungen unter Punkt 10 zu beachten.

Die Beratung und Bedarfsfeststellung sind innerhalb von 2 Werktagen nach Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer durchzuführen. Der Leistungserbringer kann die Beratung

und Bedarfsfeststellung des Versicherten telefonisch vornehmen. Die Beratung und Bedarfsfeststellung haben in deutscher Sprache zu erfolgen.

Jeder telefonische Kontaktversuch darf ausschließlich in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr erfolgen.

Erreicht der Leistungserbringer den Versicherten unter den vorliegenden Kontaktdaten nach drei Versuchen nicht, hat er die KKH zum Abgleich der Kontaktdaten zu kontaktieren. Außerdem hat er den Versicherten anzuschreiben, um ihn über den Eingang des Versorgungsauftrages zu informieren. Der Leistungserbringer benennt hier seine vollständigen Kontaktdaten sowie die Kontaktdaten einer persönlich für den jeweiligen Versicherten zuständigen Fachkraft.

Wünscht der Versicherte eine Beratung und Bedarfsfeststellung zu einem späteren Zeitpunkt, ist diesem Wunsch Rechnung zu tragen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH das Dokument auf Verlangen vorzulegen.

Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich zu dokumentieren.

Die Kosten für die Beratung und Bedarfsfeststellung sind mit den angebotenen Preisen abgegolten.

Das Risiko, dass eine Bedarfsfeststellung ergeben sollte, dass das Produkt nicht zur Versorgung geeignet ist, trägt der Leistungserbringer.

folgen. Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise/Konditionen angegeben werden.

8. Lieferung

Der Leistungserbringer liefert das vertragsgegenständliche Produkt im medizinisch notwendigen Umfang gemäß Verordnung. Die Auslieferung erfolgt grundsätzlich komplett. Die Auslieferung kann per Postversand erfolgen. Dem Paket ist ein Lieferschein beizufügen.

Das vertragsgegenständliche Produkt ist innerhalb von 4 Tagen (Montag bis Samstag, ausgenommen gesetzliche Feiertage) dem Versicherten zuzustellen, es sei denn, eine spätere Lieferung wurde ausdrücklich vom Versicherten gewünscht. Der Samstag wird bei der Ermittlung der 4 Tage inkludiert, da Paketzustellungen in der Regel auch an Samstagen erfolgen.

Wünscht der Versicherte eine Belieferung zu einem späteren Zeitpunkt, ist diesem Wunsch Rechnung zu tragen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den abweichenden Terminwunsch des Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und die Dokumentation auf Verlangen der KKH vorzulegen.

Kann die Lieferung des Produkts aufgrund von Lieferverzögerungen nicht zum mit dem Versicherten vereinbarten Liefertermin erfolgen, so hat der Leistungserbringer unverzüglich nach Bekanntwerden der Lieferverzögerung den Versicherten und die KKH zu informieren.

Dem Versicherten ist mit der Lieferung ein Produktblatt mit Hinweisen zur Handhabung, der fachgerechten Nutzung des Produktes, der sachgerechten Anwendung, Pflege und Reinigung beizugeben. Das Produktblatt ist dem Versicherten bevorzugt in dessen Muttersprache, mindestens jedoch in deutscher Sprache auszuhändigen.

Außerdem teilt der Leistungserbringer dem Versicherten mit, dass er für Garantie und Gewährleistungsfälle für das gelieferte Produkt zuständig ist.

9. Lieferbestätigung/Lieferdokumentation

Zur Dokumentation und als rechnungsbegründende Unterlage für die Abrechnung ist ein Lieferschein, eine Lieferbestätigung (auch digitale Unterschrift des Versicherten) oder die Original-Unterschrift des Versicherten als Lieferbestätigung auf der Rückseite des Arzneiverordnungsblattes (Muster 16) ausreichend.

Als Lieferschein ist der Nachweis (z.B. Barcode, Paketnummer) für die Lieferung durch Kurierdienste (DPD, UPS, Post etc.) zulässig. Diese muss den Abrechnungsunterlagen beigelegt werden.

10. Versorgungen/Kostenvoranschläge außerhalb dieses Vertrages

Wird bei der Bedarfsfeststellung ermittelt, dass kein vertraglich geregeltes Produkt zur Versorgung geeignet ist, ist der zuständige Mitarbeiter der KKH zu informieren.

In diesen Fällen kann der Leistungserbringer jedoch einen Kostenvoranschlag über das erforderliche Produkt unter Begründung der Notwendigkeit einreichen. Es besteht allerdings kein exklusives Versorgungsrecht. Die KKH behält sich vor, die Wirtschaftlichkeit zu prüfen, um ggf. einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung zu beauftragen.

11. Telefonische Erreichbarkeit

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

Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens werktags Montag bis Freitag von 08:00 bis 18:00 Uhr, Samstag von 08:00 bis 13:00 Uhr) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen.

Alternativ stellt der Leistungserbringer dem Versicherten auf seiner Internetseite eine Kontaktmöglichkeit zur Verfügung, um sein Anliegen formulieren und/oder einen Rückruf erbitten zu können.

12. Dokumentation

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

13. Beschwerdemanagement

Der Leistungserbringer hat ein Beschwerdemanagement zu führen. Jegliche Kritik des Versicherten zur KKH, zum Leistungserbringer, zum Versorgungsablauf und zur Qualität und Ausführung des Produkts ist als Beschwerde anzusehen. Die Beschwerden der Versicherten sind aufzunehmen, zu dokumentieren und auszuwerten.

Die Beschwerden des Versicherten über die KKH sind unverzüglich an die KKH weiterzuleiten.

Die Beschwerdedokumentation enthält nachfolgende Felder:

- Kategorie der Beschwerde,
- Datum der Beschwerde,
- Inhalt der Beschwerde,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Versichertennummer),
- Beschwerdeführer (Versicherter, Angehöriger, Pflegedienst Arzt, Sonstiger),
- Tag der Genehmigung/Kostenübernahmeverklärung durch die KKH oder Eingang der Verordnung beim Leistungserbringer,
- Liefertermin/Lieferung,
- Abhilfe erfolgt ja/nein,
- konnte der Beschwerde nicht abgeholfen werden, ist eine Begründung anzugeben,
- konnte der Beschwerde abgeholfen werden, sind Art und Umfang der Abhilfe zu beschreiben,
- Datum der Abhilfe.

Auf Anforderung der KKH ist der gesamte Inhalt der Dokumentation zum Versorgungsablauf der KKH zur Verfügung zu stellen. Die KKH hat das Recht, die Angaben in der Beschwerdedokumentation für eigene Überprüfungen und Auswertungen zu verwenden.

Die Daten werden von der KKH vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Produkt-Nr.	Produktbezeichnung	Versorgungs-form	Kenn-zeichen	Genehmigungs-pflicht	Verordnungs-pflicht	Zuzahlungs-pflicht	Preis netto bis 31.12.2025	Preis netto ab 01.01.2026	
								Fachlos A	Fachlos B
								LEGS 19.99.P89	LEGS 19.99.J39
19.80.01.1.000	Encasings (Matratzenbezug)	Kauf	00	nein	ja	ja	21,16 €	26,00 €	23,28 €
19.80.01.2.000	Komplettsset (Matratzen-, Kissen- und Oberbettbezug)	Kauf	00	nein	ja	ja	42,02 €	53,00 €	46,22 €
19.80.01.3.000	Kissenbezug	Kauf	00	nein	ja	ja	5,46 €	5,51 €	6,01 €
19.80.01.4.000	Oberbettenbezug	Kauf	00	nein	ja	ja	15,97 €	21,49 €	17,57 €
19.80.01.5.000	kleines Set (Kissen- und Oberbettbezug)	Kauf	00	nein	ja	ja	21,43 €	27,00 €	23,57 €
19.80.02.0.000	Neurodermitisoveralls	Kauf	00	nein	ja	nein	25,17 €	27,69 €	27,69 €

Anlage 03: „Anforderungen an Qualität und Ausführung“

Diese Anlage enthält Angaben und Erläuterungen zu den Produkteigenschaften. Alle zur Versorgung vorgesehenen Produkte haben die in dieser Anlage aufgeführten Anforderungen an die Qualität und Ausführung zu erfüllen.

Allgemeine Anforderungen Encasings:

Produkt	Encasing	
Bestandteile eines Sets	<ul style="list-style-type: none">▪ Encasing für die Matratze▪ Encasing für einen Oberbettenbezug▪ Encasing das Kopfkissen	
Größe	<u>Kindermatratze</u> Maße (B x L): 70 x 140 cm Höhe: bis zu 12 cm	<u>Standardmatratze</u> Maße (B x L): 140 x 200 cm 90 x 200 cm Höhe: bis zu 25 cm
	<u>Oberbettenbezug</u> Maße (B x L): bis 155 x 220 cm	
	<u>Kopfkissen</u> Maße (B x L): in allen Größen	
Allergen-Dichtigkeit/ Partikelrückhaltevermögen	Rückhaltung von Partikeln mit 1-5 µm Durchmesser, milbenkot-dicht ohne chemische Zusatzstoffe	
Qualität und Ausführung	<ul style="list-style-type: none">▪ Die Encasings sind mit Reißverschluss mit Reißverschlussabdeckung ausgestattet.▪ Unbeschichtetes Material. Es darf keine Laminierung/Beschichtung, z.B. Polypropylen (PP), vorhanden sein.▪ Es dürfen nachweislich keine mit Akarizid (wie z.B. Permethrin) beschichteten Stoffe/Materialien benutzt werden.▪ Hohe Atmungsaktivität und gute Feuchtigkeitsaufnahme	
Zertifikat/Siegel	<ul style="list-style-type: none">▪ ECARF-Zertifizierung oder TÜV-Zertifizierung (Allergiker geeignet)▪ “Textiles Vertrauen – schadstoffgeprüfte Textilien nach OEKO-TEX® Standard 100“	
Garantie	10 Jahre	

Produktspezifische Anforderungen Encasings:

Fachlos A	Fachlos B
<ul style="list-style-type: none">▪ Material: 70% Polyester und 30% Polyamid (Evolon)▪ Die Encasings sind bei 95 Grad Celsius waschbar und trocknergeeignet.	<ul style="list-style-type: none">▪ Material: Mikrofaser▪ Die Encasings sind bei 60 Grad Celsius waschbar und trocknergeeignet.

Anforderungen Neurodermitisoveralls:

Produkt	Neurodermitisoverall
Ausführung	Overall mit außenliegenden Nähten mit fest angenähten Handschuhen/Fäustlingen leichtes, unbehandeltes Material
Konfektionsgröße	min. 62/68 bis einschließlich 122/128
Zertifikat/Siegel	“Textiles Vertrauen – schadstoffgeprüfte Textilien nach OEKO-TEX® Standard 100“

Anlage 04: „Abrechnungsregelung“

Abrechnungsmodalitäten

Grundsätzliches

Eine Leistung ist erst dann abrechenbar, wenn die Leistung vollständig beim Versicherten erbracht wurde. Teilleistungen dürfen nicht abgerechnet werden.

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die 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. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Kennzeichen Produkt,
 - 7-stelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
 - Produktbesonderheiten,
 - Abrechnungspositionsnummer,
 - Versorgungszeitraum (von/bis),
 - 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 (Muster 16), jeweils im Original). Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert der Auftraggeber im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein,
 - Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein,
 - Angabe der Belegnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen.
- (2) Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe, für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

- (3) Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.
- (4) Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechnungs-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- (5) Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH durchzuführen. 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 datennehmenden 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 Zugelassenen für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. VdAK/AEV- Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").
- (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 Anbieter 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) Der Zugelassene trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:
1. IK des Zugelassenen (§ 1),
 2. 10-stellige Positionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,
 3. Rechnungs- und Belegnummer,
 4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Versorgungsvorschlags).
- (14) Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden.
- (15) 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 Zugelassenen 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 Zugelassenen insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- (17) 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.
- (18) Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Positionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.
- (19) 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 Gesamt-abrechnung 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)

- (20) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (21) 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.
- (22) 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.
- (23) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (24) 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.
- (25) 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.
- (26) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzel-

rechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/ sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

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.