

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

Die KKH hat mit Wirkung zum 01.07.2022 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 beigelegte 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 beigelegt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

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

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 Wetsch
(E-Mail: kristina.wetsch@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3115) oder an Herrn Behre
(E-Mail: holger.behre@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3336) aus dem Referat Hilfsmittel.

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

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Hier: Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Hilfsmittelversorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoffsystemen (Beitrittsvertrag A Regierungsbezirke Köln, Düsseldorf, Arnsberg und Koblenz)

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 Versorgung kein Vergütungsanspruch besteht.

3. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten.
4. Wir verpflichten uns, eine Versorgung der Versicherten in den Regierungsbezirken Köln, Düsseldorf, Arnsberg und Koblenz 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 medizinische 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 Angebot eines hinreichenden Produktportfolios für den Versicherten. Wir verpflichten uns, dass identische Produktportfolio der Anlage 03 „Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ vorzuhalten.
- ☐ 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.

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

§ 1 Gegenstand

- (1) Gegenstand des Rahmenvertrages ist die Versorgung mit Flüssigsauerstoffsystemen; Flüssigsauerstoffsystemen, stationär (Hilfsmittelpositions-Nr.: 14.24.05.1 / 14.24.05.6) und Flüssigsauerstoffsystemen, mobil/tragbar/ggf. getriggert (Hilfsmittelpositions-Nr.: 14.24.05.2 / 14.24.05.9), dem entsprechenden Zubehör und der Flüssiggasbehälterfüllungen für die Versicherten der KKH einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Leistungen wie z.B. eine telefonische Beratung und Auftragsannahme; Einweisung / Beratung des Versicherten; Lieferung; Montage und Abholung; Anpassung; Erprobung; Durchführung von Reparaturen; Wartungsarbeiten und sicherheitstechnische Kontrollen gemäß Herstellervorgaben sowie Ersatzgestaltung während Wartung / Reparatur auf der Basis einer Tagespauschale.
- (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 Tagespauschale. Die erstmalige Bereitstellung mit den Flüssigsauerstoffsystemen (Neuversorgung) wird für einen Zeitraum von 2 Monaten genehmigt, die Fortführung der Versorgung mit den Flüssigsauerstoffsystemen wird für einen Zeitraum von jeweils 12 Monaten genehmigt. Maßgebend für den Leistungsumfang/die Leistungsanforderungen ist neben diesem Rahmenvertrag die Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

§ 2 Vertragsbestandteile

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- der Rahmenvertrag
- die Anlagen

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 3	Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel
Anlage 4	Abrechnungsregelung
Anlage 5	Datenübermittlung
Anlage 6	Empfangsbestätigung Versicherter / Einweisung / Funktionsprüfung

§ 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 einem der Regierungsbezirke:

- **Köln**
- **Düsseldorf**
- **Arnsberg**
- **Koblenz**

haben. Versorgungen von Versicherten, welche ihren Wohnsitz nicht auf dem Festland haben (sog. „Inselversorgungen“), sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

- (2) Dieser Rahmenvertrag gilt für alle vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zur Versorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoffsystemen, wenn das Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung (Muster 16) über die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach Vertragsbeginn liegt bzw. die ärztliche Verordnung (Muster 16) während der Vertragslaufzeit ausgestellt wurde.
- (3) Verlegt der Versicherte während der Vertragslaufzeit seinen Wohnsitz in den Bereich einer in der in § 3 Abs. 1 nicht aufgeführten Region, ist der Leistungserbringer aus diesem Vertrag nicht mehr zur Versorgung berechtigt und verpflichtet.
- (4) Der Rahmenvertrag umfasst Neuversorgungen.
Definition Neuversorgungen:
Unter einer Neuversorgung ist generell das erstmalige Beliefern eines Versicherten mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel sowie mit dem medizinisch erforderlichen Zubehör zu verstehen.

- (5) Gegenstand dieses Rahmenvertrages sind auch alle laufenden Bestandsversorgungen, welche auf Basis des Rahmenvertrages vom 06.03.17 / 09.03.17 zwischen der KKH und der Firma Inform Medizintechnik GmbH durchgeführt werden.
Definition Bestandsversorgungen:
Die „Bestandsversorgungen“ im Sinne dieser Regelung sind Versorgungen, mit einem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, die über den bereits genehmigten Zeitraum hinaus fortgeführt werden sollen.
- (6) Vor Vertragsbeginn genehmigte Versorgungen / erteilte Einzelaufträge mit vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln auf der Basis von Verträgen nach § 127 Abs. 1 bis Abs. 3 SGB V a.F. bleiben unberührt.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen / Prüfrechte

- (1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) sowie die Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV), in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Der Leistungserbringer nimmt die Pflichten eines Betreibers nach der Medizinproduktebetreiberverordnung in der jeweils gültigen Fassung wahr.
- (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. Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte). 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) Bei der Langzeitsauerstofftherapie wird die Einatemluft mindestens 16 Stunden pro Tag permanent oder bei Belastung mit Sauerstoff angereichert, um einen Sauerstoffmangel auszugleichen. Die Einleitung einer Sauerstofflangzeittherapie soll immer nach den Richtlinien der Gesellschaften für Pneumologie und den Leitlinien der Deutschen Fachgesellschaften erfolgen (Allgemeine Leitlinien zur Langzeit-Sauerstofftherapie oder den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)). Die Verordnung einer Sauerstofflangzeittherapie hat u.a. zu berücksichtigen:
- Diagnose
 - Schweregrad der Hypoxämie und Hyperkapnie
 - Sauerstofffluss zum Erreichen eines $\text{PaO}_2 \geq 60$ mm Hg (8kPa) oder Anstieg um mindestens 10 mm Hg
 - Mobilität des Patienten
 - bei Belastungshypoxämie: Klärung der Benutzungswahrscheinlichkeit des tragbaren Systems.

- (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 der Krankenversicherung (MDK) 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

- (1) 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.
- (2) Der Leistungserbringer ist bei der Auswahl des Hilfsmittels an die von ihm angebotenen, d.h. die in seinem Angebot bezeichneten Hilfsmittel gebunden. Der Leistungserbringer ist berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem

7steller zusätzliche 10steller in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10steller hat der Leistungserbringer der KKH unverzüglich schriftlich unter Nennung der 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer mitzuteilen.

- (3) Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt verordnet, entbindet das den Leistungserbringer und die KKH nicht nach § 12 SGB V, die Versorgung mit einem wirtschaftlichen 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 Pauschalpreis vorzunehmen.
- (4) Stellt sich im Rahmen der Prüfung heraus, dass die Versorgung mit einem Produkt eines Herstellers, dessen Produkte der Leistungserbringer nicht durch Benennung in der Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel" verbindlich angeboten hat, medizinisch indiziert ist, ist der Leistungserbringer nicht zur Lieferung verpflichtet. Die KKH ist in diesem Fall berechtigt, den Einzelauftrag zur dauerhaften Versorgung an einen anderen Vertragspartner zu vergeben bzw. dem Versicherten ein Wahlrecht einzuräumen. Der Leistungserbringer ist berechtigt, einen unverbindlichen Kostenvoranschlag zur Versorgung des Versicherten mit dem medizinisch notwendigen Produkt bei der KKH einzureichen.

§ 6 Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) und Kostenvoranschlag (KVA)

- (1) Der Leistungserbringer hat die Versorgung auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung und nach vorheriger schriftlicher Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH die Leistung durchzuführen soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH entstehen, können nicht geltend gemacht werden.
- (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 vorgegeben 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) Dem Versicherten steht die Wahl unter den Vertragspartnern frei. Ein Leistungserbringerwechsel ist jederzeit möglich wirkt jedoch erst nach Ablauf des Genehmigungszeitraums.
- (2) 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“.
- (3) 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.

§ 7a Weitere Anforderungen an die Versorgung, die über die Anforderung gemäß Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen

Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten die nachstehenden Leistungen an. Die Leistungsangebote sind verbindlich; jedoch für den Versicherten nicht verpflichtend.

- (1) nicht besetzt.
- (2) nicht besetzt.
- (3) nicht besetzt.
- (4) Der Leistungserbringer bietet den Versicherten der KKH eine für den Versicherten kostenfreie Servicehotline, die zu den in der Leistungsbeschreibung genannten Servicezeiten in ausreichendem Umfang besetzt ist. Der Leistungserbringer verpflichtet sich während der Vertragslaufzeit 80% der (vertragsbezogen) eingehenden Anrufe in einem Zeitraum von höchstens 20 Sekunden annehmen und dies der KKH auf Verlangen nachzuweisen.
- (5) Der Leistungserbringer bietet zur Nachbetreuung oder Klärung etwaiger Komplikationen eine telefonische Erreichbarkeit unter der kostenfreien Servicehotline gemäß Abs. 4 von geschulten Fachkräften (gemäß Ziffer 2.2.9 der Leistungsbeschreibung) werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr.
- (6) nicht besetzt.
- (7) nicht besetzt.
- (8) nicht besetzt.
- (9) nicht besetzt.

§ 8 Vergütung

- (1) Die Vergütung des Leistungserbringers richtet sich nach Anlage 02: "Preisvereinbarung". Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche MwSt.-Satz.

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 darüber hinausgehende 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.

§ 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 Tagespauschale.
- (2) Die Abrechnung der Tagespauschale (Hilfsmittelkennzeichen - 08) erfolgt je Versicherten einmal monatlich je Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Versorgung. Für die Abrechnung der Tagespauschalen sind folgende Unterlagen den Abrechnungsunterlagen beizufügen:
 - Lieferschein(e)
 - Empfangsbestätigung(en) des Versicherten

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

- Genehmigungsnummer
- Abrechnungspositionsnummer: 14.99.92.6000
- 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 nicht besetzt

§ 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) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen ist die KKH berechtigt, den Rahmenvertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend.
- (2) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht fristgerecht nach, so ist die KKH berechtigt, dem Leistungserbringer im Rahmen einer Ermessensentscheidung eine zumutbare Nachbesserungsfrist zu setzen oder anstelle des Leistungserbringers die Versorgung, ggf. 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 sowie eine Verwaltungskostengebühr in Höhe von 50,00 € zu tragen. Abs. 2 Satz 3 gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Kosten sind der KKH nach Rechnungsstellung innerhalb von 30 Tagen zu begleichen. Es gelten im Übrigen die Bestimmungen der Anlage 01: „Leistungsbeschreibung“.

- (3) Reicht ein Versicherter bei der KKH eine Beschwerde ein, weil die Versorgung nicht innerhalb von 48 Stunden ab Eingang der Genehmigung (vgl. § 7 dieses Vertrages) vorgenommen wurde, verwirkt der Leistungserbringer eine Vertragsstrafe, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass ihn auf die nicht fristgerechte Versorgung kein Verschulden im Sinne 276, 278 BGB trifft oder der Versicherte eine spätere Auslieferung ausdrücklich gewünscht hat. 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 beträgt jährlich maximal 5% (netto) des Gesamtjahresumsatzes, den der Leistungserbringer mit der Versorgung der Versicherten über diesen Vertrag erzielt. Gemessen an dieser Höchstgrenze zu viel gezahlte Vertragsstrafen werden nach der Vertragslaufzeit von der KKH zurückerstattet.

§ 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.
- (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 zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern sind der KKH auf Anforderung offenzulegen.
- (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.
- (11) Ein Verstoß gegen Abs. 1 bis 8 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 12 dar.

§ 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 (insbesondere über das Produktportfolio des Leistungserbringers und das den Versicherten nach diesem Rahmenvertrag zustehenden Wahlrechts innerhalb der Produktart) 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

- (1) 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 14.03.2022 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 Versorgung en bleiben davon unberührt.
- (3) Der Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2023, 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 eivergleichbares 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.

Anlage 01: Leistungsbeschreibung

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Rahmenvertrages die aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der KKH mit Flüssigsauerstoffsystemen: 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 im Wege von Tagespauschalen gemäß der jeweiligen Produktbeschreibung.

Hilfsmittel-positions-Nr.	Hilfsmittel-Bezeichnung	Versorgungsform
	Flüssigsauerstoffsysteme	
14.24.05.1xxx/ 14.24.05.6 + 14.24.05.2xxx/ 14.24.05.9xxx	Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), stationär (14.24.05.1 / 14.25.05.6) inkl. Sauerstoffbehältersystem mobil/tragbar/ggf. getriggert (14.24.05.2 oder 14.24.05.9) inkl. Flüssiggasbehälterfüllungen	Tagespauschale Versorgungszeitraum: Erstgenehmigung: 2 Monate Folgegenehmigung: 12 Monate

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

Im System der Vergütungspauschalen bleibt der Leistungserbringer Eigentümer der von ihm zur Versorgung eingesetzten und an die Versicherten abgegebenen Hilfsmittel.

Das Nähere regeln die folgenden Bestimmungen.

1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel

Im Einzelnen versorgt der Leistungserbringer die Versicherten der KKH während der Vertragslaufzeit mit den in der Anlage 03: „Übersicht Vertragsgegenständliche Hilfsmittel“ aufgeführten Hilfsmitteln.

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.

1.2. Medizinisch / technische (Mindest-) Anforderungen an Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und die Ausführung der Hilfsmittel in den Produktuntergruppen sowie die sonstigen Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des/der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gem. § 139 SGB V für die betreffende Produkt- (Unter-) Gruppe in der jeweils gültigen Fassung.

Ein Nachweis der medizinisch / technischen Produkteigenschaften der angebotenen Hilfsmittel oder/und des Zubehörs ist auf Anfrage nachzureichen.

1.2.1. Verwendung im Hilfsmittelverzeichnis gelisteter Produkte

Bei der Versorgung sind ausschließlich Hilfsmittel zu verwenden, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

1.2.2. Änderungen der Produktlistung / -Anforderungen im Hilfsmittelverzeichnis während der Vertragslaufzeit

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

1.2.3. Einhaltung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Normen

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte den jeweils geltenden Normen und gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

Der Leistungserbringer darf nur Hilfsmittel liefern und zum Einsatz bringen, die nach den maßgeblichen Bestimmungen des MPG, der Richtlinie 93/42/EWG in der jeweils gültigen Fassung über das erforderliche CE-Kennzeichen verfügen und den Empfehlungen des BfArM entsprechen.

1.3. Prüfung der Unterlagen und Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung

Die Versorgung durch den Leistungserbringer erfolgt ausschließlich bei Vorliegen einer schriftlichen Genehmigung/Kostenübernahmeerklärung der KKH.

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt mit der Genehmigung / Kostenübernahmeerklärung dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung im darin festgelegten Umfang.

Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise angegeben sind.

1.4. Versorgungszeitraum

Der Leistungserbringer hat die Versorgung mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel je Einzelauftrag für den vereinbarten Zeitraum sicherzustellen. Sofern der Versorgungszeitraum eines Einzelauftrages planmäßig über das Ende des Vertrages hinausgeht, ist der Leistungserbringer dennoch verpflichtet die Leistungen gemäß Leistungsbeschreibung bzw. des Rahmenvertrages für die Dauer des Versorgungszeitraumes zu erbringen.

1.4.1. Flüssigsauerstoffsysteme (Hilfsmittelnummer: 14.24.05.1/14.24.05.6 + 14.24.05.2/14.24.05.9)

Der Versorgungszeitraum für die Versorgungspauschale für das stationäre (14.24.05.1/14.24.05.6) und das mobile (14.24.05.2/14.24.05.9) Flüssigsauerstoffsystem einschließlich der Flüssiggasbehälterfüllungen beträgt je Einzelauftrag 60/61 Tage (Erstgenehmigung) oder 365/366 Tage (Folgegenehmigung).

2. Leistungsumfang / Versorgungsprozess

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten für die Dauer des Versorgungszeitraums das vertragsärztlich verordnete Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zum Gebrauch zur Verfügung.

Von der Versorgungspauschale umfasst sind darüber hinaus alle im Zusammenhang mit der Versorgung erforderlichen Versorgungsleistungen, wie z.B. eine telefonische Beratung und Auftragsannahme; Bedarfsfeststellung; Einweisung / Beratung des Versicherten; Lieferung; Montage und Abholung; Anpassung; Erprobung; Durchführung von Reparaturen; Wartungsarbeiten und sicherheitstechnischer Kontrollen gemäß Herstellervorgaben sowie Ersatzgestaltung während Wartung / Reparatur.

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

2.1. Leistungsort

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

Auf Wunsch des Versicherten und mit Zustimmung des Krankenhauses können die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen auch bereits während des stationären Aufenthaltes (in Vorbereitung auf die Entlassung) erbracht werden. § 13 des Rahmenvertrages gilt.

2.2. Definition „Neuversorgung“ / „Bestandsversorgung“

siehe Rahmenvertrag §3 Abs. 4 sowie §3 Ab. 5

2.2.1. Erhalt der medizinischen Unterlage / Bedarfsfeststellung

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten:

Variante 1:

Der Leistungserbringer wird unmittelbar vom Versicherten beauftragt, die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Unterlage direkt vom Versicherten.

Variante 2:

Der Leistungserbringer wird mittelbar vom Versicherten beauftragt. Der Leistungserbringer erhält während einer stationären Behandlung des Versicherten von einem Krankenhaus / von einer Rehaklinik den Auftrag, die unverzügliche Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln im Anschluss an der stationären Behandlung im häuslichen Bereich sicherzustellen. Der Leistungserbringer erhält die medizinische Unterlage vom Krankenhaus / von einer Rehaklinik.

Variante 3:

Sofern die medizinische Unterlage zunächst bei der KKH eingeht, übermittelt sie diese unverzüglich dem Leistungserbringer.

Der Leistungserbringer hat die medizinische Unterlage auf Plausibilität zu überprüfen, d.h. auf Vollständigkeit: z.B. Angabe 7-Steller bzw. Produktart, stimmiger Diagnose und für die Versorgung erforderlicher Therapiedaten (u.a. Flussraten, Mobilität des Versicherten) und unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse des Versicherten (z.B. Versorgungsstatus, Wohnverhältnisse ggf. Beruf, Tätigkeiten/Aktivitäten) ggf. vor Ort eine Bedarfsfeststellung (Auswahl des 10-stellers einschließlich Zubehör) vorzunehmen.

Änderungen oder Ergänzungen auf der medizinischen Unterlage sind nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen und erneut durch den Arzt unter Angabe des Datums abzuzeichnen.

2.2.2. Kostenvoranschlag

2.2.2.1 Durchführung einer Versorgung

Vor der Durchführung einer Versorgung hat der Leistungserbringer der KKH schriftlich die Übernahme der Versorgung mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvoranschlag auf Grundlage der medizinischen Unterlage und seiner Bedarfsfeststellung für das vertragsgegenständliche Hilfsmittel in Höhe der Versorgungspauschale.

Der Kostenvoranschlag ist der KKH innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der medizinischen Unterlage beim Leistungserbringer zu übermitteln. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit ist das Datum der Absendung durch den Leistungserbringer.

Die Übermittlung des Kostenvoranschlags (KVA) an die KKH erfolgt nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben. Der Kostenvoranschlag ist an die in der Anlage 05: "Datenübermittlung" zu richten.

Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der medizinischen Unterlage beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist dieser die medizinische Unterlage im Original vorzulegen.

Bei einer Direktgenehmigung durch die KKH ist kein KVA erforderlich.

2.2.2.2 Fortführung einer Versorgung

Soll die Versorgung mit dem vertragsgegenständlichen Hilfsmittel über den vereinbarten Versorgungszeitraum fortgesetzt werden, hat der Leistungserbringer ca. 21 Tage vor Ablauf des genehmigten Versorgungszeitraumes der KKH dieses schriftlich mitzuteilen.

Hierzu übermittelt der Leistungserbringer der KKH einen Kostenvoranschlag auf Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung und seiner Bedarfsfeststellung für das vertragsgegenständliche Hilfsmittel in Höhe der Versorgungspauschale.

Die Übermittlung des Kostenvoranschlags (KVA) an die KKH erfolgt nach Maßgabe der Anlage 05: „Datenübermittlung“ mit den dort vorgesehenen (Mindest-) Angaben. Der Kostenvoranschlag ist an die in der Anlage 05: „Datenübermittlung“ zuständige Stelle zu richten.

Dem Kostenvoranschlag ist eine Kopie der medizinischen Unterlage beizufügen. Auf Verlangen der KKH ist dieser die medizinische Unterlage im Original vorzulegen.

2.2.3. Prüfung der eingereichten Unterlagen/Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung)

Die KKH prüft die eingereichten Unterlagen und erteilt mit der Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) dem Leistungserbringer den Versorgungsauftrag für die jeweilige Versorgung und den Versorgungszeitraum im darin festgelegten Umfang. Eine Preiskürzung erfolgt nicht, soweit die vertraglich vereinbarten Preise angegeben sind.

Die KKH hat das Recht, die Genehmigungspflicht in eine Genehmigungsfreiheit umzustellen. Dies gilt auch im umgekehrten Fall. Diesbezügliche Änderungen sind spätestens einen Monat vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer anzukündigen.

2.2.4. Lieferung des Hilfsmittels

2.2.4.1. Auslieferung des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer liefert das vertragsgegenständliche Hilfsmittel (einschließlich Zubehör) im medizinisch notwendigen Umfang gemäß medizinischer Unterlage und Genehmigung der KKH (Kostenübernahmeerklärung).

Die Lieferung hat unmittelbar aus einer präqualifizierten Betriebsstätte gemäß § 126 Abs.1a SGB V heraus zu erfolgen. 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 2.2.6.). 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.

2.2.4.2. Lieferung

Die Auslieferung des Hilfsmittels erfolgt im medizinisch notwendigem Umfang zusammen mit dem "Regel-Zubehör" gemäß der nachfolgenden Tabelle: „Von der Versorgungspauschale erfasst (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. - stationäre und mobile Einheit - Transporthilfe (Tasche, Rucksack) - Atemgasbefeuchter - Halterung - Standard-Verlängerungsschlauch - Wasserfalle - Nasenbrille - Maske - Grobstaubfilter - Sterilwasser, sofern medizinisch verordnet - Feuerschutzventile (patientennahe Brandschutzvorrichtung) Der Umfang des Zubehörs richtet sich nach den Angaben des jeweiligen Herstellers zur Nutzungsdauer. Im Fall fehlender Herstellerangaben richtet sich der Umfang zur Lieferung nach den Empfehlungen des Fachverbandes Medizintechnik SPECTARIS zur "Hygienischen Anwendung und Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie".

2.2.4.3. Lieferfrist

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.

2.2.4.4. Interimsversorgung

Verzögert sich die Lieferung für ein Hilfsmittel, so stellt der Leistungserbringer dem Versicherten aushilfsweise und ohne weitere Vergütung eine gleichwertige Alternativversorgung bis zur endgültigen Lieferung zur Verfügung (Interimsversorgung).

2.2.4.5. Gebrauchsanweisung

Bei Lieferung ist dem Versicherten oder dessen Pflegeperson eine schriftliche Gebrauchsanweisung des Hilfsmittels in deutscher Sprache auszuhändigen.

2.2.5. Kontaktdaten des Leistungserbringers

Die für die Versicherten - mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz - kostenfreie Telefonnummer ist dem Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme bekanntzugeben. Bei Lieferung des Hilfsmittels informiert der Leistungserbringer den Versicherten bzw. dessen Pflegeperson in schriftlicher Form über seine Kontaktdaten (einschließlich der Service-hotline zu Ziff. 2.2.9.) sowie darüber, dass er während des Versorgungszeitraums für die Versorgung einschließlich erforderlicher Wartungen, sicherheitstechnischer Überprüfungen / Kontrollen und Reparaturen des Hilfsmittels zuständig ist.

2.2.6. Einweisung in Handhabung, Anwendung und Betrieb des Hilfsmittels

Der Leistungserbringer weist bei Lieferung „vor Ort“ den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson persönlich in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Hilfsmittels ein, informiert über die Risiken der Anwendung von Sauerstoff im häuslichen Bereich (z. B. Vorsichtsmaßnahmen / Rauchverbot etc.) und führt eine Funktionsprüfung durch. Eine erneute Einweisung ist nicht erforderlich, sofern diese für ein baugleiches Hilfsmittel bereits erfolgt und nicht anderweitig gesetzlich vorgeschrieben ist.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten sowie erforderlichenfalls dessen Pflegeperson über die sachgerechte Reinigung und Pflege des Hilfsmittels.

Einweisung, Funktionsprüfung und Information über die sachgerechte Reinigung und Pflege sind durch ausgebildetes Fachpersonal durchzuführen, das mindestens über die Qualifikation als Medizinprodukteberater i.S.v. § 31 MPG für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel verfügt.

Ein Nachweis über die Personalqualifikation ist der KKH vom Leistungserbringer nach Vertragsschluss auf Verlangen unverzüglich in geeigneter Form vorzulegen.

2.2.7. Beratung /Nachbetreuung

Der Leistungserbringer berät soweit erforderlich den Versicherten bzw. die ihn betreuende(n) Person(en) bezüglich des Hilfsmiteleinsatzes und führt die erforderliche Nachbetreuung (insbesondere Klärung ggf. auftretender Fragen des Versicherten, Beratung über die bedarfsgerechte Nutzung des Zubehörs / Verbrauchsmaterialien) durch.

2.2.8. Einholung einer Empfangsbestätigung des Versicherten /Lieferdokumentation

Der Leistungserbringer holt bei Lieferung vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter eine schriftliche, rechtsverbindlich unterzeichnete Empfangsbestätigung ein.

Ohne Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers oder Pflegeperson darf eine Auslieferung nicht erfolgen. Quittierungen, die im Voraus erfolgen, sind unzulässig.

Der Leistungserbringer dokumentiert die Bereitstellung/ Lieferung des Hilfsmittels sowie die von ihm erbrachten Leistungen nach Ziff. 2.2.6 (Einweisung in Handhabung, Anwendung und Be-

trieb des Hilfsmittels) einschließlich Funktionsprüfung auf einer Empfangsbestätigung gemäß Anlage 06: „Empfangsbestätigung Versicherter / Einweisung, Funktionsprüfung“ bzw. einem inhaltlich vergleichbaren Dokument oder dem Lieferschein und bestätigt dies durch Unterschrift.

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

2.2.9. Telefonische Beratung und Auftragsannahme / telefonischer Notdienst

Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Auftragsannahme für die Beratung, Erteilung von Auskünften und die Annahme von (Reparatur-) Aufträgen. Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicehotline (mindestens werktags Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr sowie darüber hinaus während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten) einzurichten und in ausreichendem Umfang zu besetzen.

Der Leistungserbringer hat 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.

2.2.10. Dokumentation /Erfassung Produktdaten

Der Leistungserbringer legt nach der erstmaligen Kontaktaufnahme eine Dokumentation an. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile nach Ziffer 2.2.4.1 bis 2.2.4.3. sowie 2.2.14 nachvollziehbar festgehalten werden. Der Leistungserbringer aktualisiert im weiteren Verlauf der Versorgung diese Dokumentationen und übermittelt diese auf Anforderung an die unter Ziff. 3 aufgeführten zuständigen Stellen.

2.2.11. 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.

2.2.12. 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.

2.2.13. 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 Ersatzgestellung, 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.

2.2.14. 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.

2.2.15 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Krankenhäuser 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 „Entlassmanagement“ 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 unzulässiger 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 Ordnungsverhalten 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 Ordnungsverhalten finanziell partizipieren können.

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

3. Zuständige Stelle

a) Zuständige Stelle Hilfsmittelzentren:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Hilfsmittelzentrum Bremen, Knochenhauerstraße 20-25, 28195 Bremen

Telefon: 04 21.16 33 95-31 50, Fax: 04 21.16 33 95-55 99

E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Hilfsmittelzentrum Gera, Clara-Zetkin-Str.3, 07545 Gera

Tel.: 03 65.55 28 6-0, Fax.: 03 65.55 28 6-24 99

E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

b) Zuständigkeit für Kündigungen des Vertrages:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Referat Hilfsmittel

Karl-Wiechert-Allee 61

30625 Hannover

c) Zuständigkeit für die Anpassung des Vertrages

Nach § 5 des Rahmenvertrages ist der Leistungserbringer berechtigt, während der Vertragslaufzeit je vertragsgegenständlichem 6steller weitere 10steller in sein Produktportfolio aufzunehmen. Die Aufnahme weiterer 10steller hat der Leistungserbringer der folgenden Stelle mitzuteilen:

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

d) 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.

4. Kostenvoranschlag

Soweit der Leistungserbringer gemäß 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 vorgegeben Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln.

Anlage 02: "Preisvereinbarung"

"Flüssigsauerstoffsysteme"

Abrechnungs- positions-Nr.	Hilfsmittel-Bezeichnung / Hilfsmittelproduktart	HIMI Kennzeichen	Versorgungspauschale / pro Versicherten in EUR (netto, exkl. MwSt) inkl. (Regel-) Zubehör
14.99.92.6000	Sauerstoffbehältersystem stationär inkl., Sauerstoffbehältersystem mobil/tragbar ggf. getriggert 14.24.05.1 / 14.24.05.6 + 14.24.05.2 oder 14.24.05.1 / 14.24.05.6 + 14.24.05.9 einschließlich Flüssiggasbehälterfüllungen Tagespauschale	08	5,50

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Anlage 03: "Übersicht vertragsgegenständliche Hilfsmittel"

Für die vertraglichen Versorgungen ist je Hilfsmittel-Nr. (7-Steller) mindestens ein Hilfsmittel zu benennen.

Sofern der vorhandene Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite verwenden

Bezeichnung	Bezeichnung des angebotenen Hilfsmittels nach Hersteller und Typ	
	Produktbezeichnung /-name Hilfsmittel (Typ)	Hersteller, 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), stationär 14.24.05.1 oder 14.24.05.6	Liberator 30	14.24.05.1007
	Liberator 45	14.24.05.1007
	Helios H 36	14.24.05.6003
	Helios H 46	14.24.05.6002
	Freelox II (32 l)	14.24.05.1010
	Freelox II (44 l)	14.24.05.1011
Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas), mobil/tragbar 14.24.05.2	Stroller	14.24.05.2002
	Heimox/ Companion C 1000 1,2	14.24.05.2001
Sauerstoffbehältersysteme (Flüssiggas) mit integr. Sauerstoffsparsystem, mobil/tragbar 14.24.05.9	Helios H 300	14.24.05.9003
	Helios H850	14.24.05.9004
	Spirit 300	14.24.05.9005

Ort, Datum

Unterschrift, 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.

Rechungslegung/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, Durchschnittspreis oder 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 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 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

1. Elektronischer Datenaustausch

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

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

Die Übermittlung des elektronischen 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.

1.1 Auftrag

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

1.2 Kostenvoranschlag und Entscheidungsdaten

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

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

1.3 Nachrichten

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

1.4 Lieferbestätigung

n.n.

1.5 Rückholbestätigung

n.n.

2. Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

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

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen

Tel. 04 21.16 33 95-10 12

Fax 04 21.16 33 95-44 99

E-Mail: serviceteam.kh1@kkh.de

Hilfsmittelzentrum Gera

Tel. 03 65.55 28 6-0

Fax. 03 65.55 28 6-22 98

E-Mail: serviceteam.kh2@kkh.de

Erreichbarkeit:

Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr

Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr

Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertage sind keine Arbeitstage.

Postanschrift:

KKH Kaufmännische Krankenkasse

30125 Hannover

4. Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen

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

Versicherten-Nr.:

Datum.....

Empfangsbestätigung und Bestätigung der Einweisung, Funktionsprüfung

Herr/Frau.....

Geburtsdatum:

hat am

durch den **Vertragspartner**:.....

der KKH

folgendes Hilfsmittel:.....

Hersteller:.....

Hilfsmittelpositionsnummer:

als Sachleistung für die Dauer vom bis(Versorgungszeitraum)
erhalten.

Vereinbarung:

Der/die Versicherte 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. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl hinreichend zu sichern,
4. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
5. das Hilfsmittel dem o.g. Vertragspartner der KKH zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen bzw. die Versorgung endet
6. ausschließlich den o.g. Vertragspartner zu informieren, soweit Serviceleistungen notwendig werden
7. den Vertragspartner der KKH über einen Kassen- und / oder Wohnortwechsel unverzüglich zu informieren.

Das Hilfsmittel bleibt Eigentum des o.g. Vertragspartners der KKH.

Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an den o.g. Vertragspartner zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit ihrem KKH-Servicezentrum in Verbindung.

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

.....
Unterschrift Versicherter¹

oder Unterschrift von, sofern durch den Versicherten nicht möglich:

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

.....
Unterschrift gesetzlicher Betreuer/in

oder Unterschrift von:

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

.....
Unterschrift Pflegeperson

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

Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels, der Pflege und Reinigung. Ziel der Einweisung ist, dass der Versicherte in den Stand versetzt wird, das betreffende Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu bedienen und zu beherrschen.

Der Vertragspartner hat sich davon überzeugt, dass der Versicherte bzw. die Betreuungsperson das Produkt sachgerecht anwenden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Lieferant

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