RAHMENVERTRAG

zwischen der

und der

und der

Handelskrankenkasse
Martinistraße 26
28195 Bremen
- in Folgenden hkk genannt -

und der

und der

- im Folgenden Leistungserbringer* genannt -

*Im Text wird aus Gründen der Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer alle Geschlechter angesprochen.

Präambel

Die , die ..., die hkk, die (im Folgenden Krankenkassen genannt) kooperieren im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft bei der Versorgung ihrer Versicherten mit CPAP- und CPAP Spezialgeräten. Soweit nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die Ausführungen in diesem Rahmenvertrag und ihren Anlagen gleichermaßen für die Versorgung der Versicherten der genannten Krankenkassen. Wird im Folgenden von Versicherten gesprochen, sind damit die Versicherten der vorgenannten Krankenkassen gemeint. Die Versorgung der Versicherten nach Maßgabe dieses Rahmenvertrages inkl. Anlagen erfolgt jeweils ausschließlich im Verhältnis zwischen den jeweiligen Krankenkassen und deren jeweiligen Versicherten.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten mit den in den Anlagen aufgeführten Produkten zwischen den Krankenkassen einerseits, sowie dem Leistungserbringer andererseits. Die vertraglichen Verhältnisse bei der Durchführung der einzelnen Versorgung richten sich danach, bei welcher Krankenkasse die Versicherung besteht. Die an dem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages nebst seiner Zusätze und der vereinbarten Anlagen verpflichtet.
2. Für alle in dieser Vereinbarung geregelten Produktgruppen bzw. Produktarten gilt für Verordnungen von Versicherten der Krankenkassen, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausschließlich dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen. Maßgeblich ist das Datum der Verordnung. Die Abgabe von Leistungen aus den in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelten Produktgruppen bzw. Produktarten an Versicherte der Krankenkassen zu deren Lasten nach anderen Regelungen ist ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausgeschlossen. Dies gilt selbst dann, wenn der Leistungserbringer bezüglich einzelner in den nach diesem Vertrag vorgesehenen Anlagen geregelten Produktgruppen bzw. Produktarten keine Vereinbarung nach Maßgabe dieses Vertrages mit den Krankenkassen eingeht.
3. Der Leistungserbringer stellt den Krankenkassen bzw. dem vdek spätestens 14 Tage vor Vertragsbeginn jeweils eine Teilnehmerliste nach dem von der jeweiligen Kasse bzw. dem vdek im Vorfeld zur Verfügung gestellten Muster zur Verfügung.
4. Neue Filialen müssen den Krankenkassen bzw. dem vdek 4 Wochen vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich durch den Leistungserbringer gemeldet werden. Diese Meldung ist ebenfalls in der vorgegebenen Struktur in elektronischer Form den Krankenkassen bzw. dem vdek zu übermitteln.
5. Darüber hinaus werden für jede Filiale die Versorgungsgebiete gemäß der vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form erstellt und durch den Leistungserbringer 14 Tage vor Vertragsbeginn an die Krankenkassen bzw. dem vdek übermittelt. Änderungen sind den Krankenkassen bzw. dem vdek unverzüglich durch den Leistungserbringer in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.
6. Die Anlagen und Zusätze zum Vertrag sind zwingender Bestandteil des Vertrages und gelten mit Unterzeichnung des Rahmenvertrages als vereinbart. Folgende Anlagen, Anhänge und Zusätze sind nach diesem Vertrag vorgesehen:

   - Anhang 01: Muster „Bestätigung über die Durchführung der Beratung gem. § 127 Abs. 5 SGB V"
   - Anhang 03 „Erklärung des /der Versicherten und der Betreuungsperson über das Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (Mehrkostenerklärung)

   - Anlage 1 - Allgemeine Anforderungen zum Konzept für Versorgungspauschalen (VP) und Qualitätsbeschreibungen zur Versorgung mit CPAP- und CPAP Spezialgeräten
   - Anhang 01 zur Anlage 1 - Produkte und Konditionen CPAP- und CPAP Spezialgeräten
   - Anhang 02 zur Anlage 1 - Produkte und Konditionen Individuell gefertigte Masken
   - Anhang 03 a zur Anlage 1 - Konditionen STK
   - Anhang 03 b zur Anlage 1 - Konditionen STK
   - Anhang 04 zur Anlage 1 - Muster Empfangsbestätigung
   - Anhang 05 zur Anlage 1 – Nachweis Gerätenutzung

- Protokollnotiz Sicherheitstechnische Kontrollen (STK) Schlaftherapiegeräte (14.24.20. – 14.24.25.)

  -

  -

  - Zusatz A 5 hkk / Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

  -

  Sie berechtigen jedoch nur zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen, soweit sie auch vereinbart sind.

7. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlagen bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGB des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die Krankenkassen sie schriftlich bestätigt haben.
8. Den mit der Auftragserteilung, Beaufsichtigung, Leistungserbringung, Abnahme oder sonst mit der Abwicklung der Lieferung/Leistung betrauten Mitarbeitern dürfen von Dritten weder unmittelbar noch mittelbar persönliche Vorteile irgendwelcher Art angeboten, versprochen oder verschafft werden.
9. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.
10. Organisatorische oder strukturelle Veränderungen des Leistungserbringers mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (z.B. Umzug) müssen den Krankenkassen umgehend schriftlich mitgeteilt werden.
11. Standardisierte Formulare, Erklärungen oder Anschreiben, welche der Leistungserbringer gegenüber den Versicherten der Krankenkassen einzusetzen beabsichtigt und die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkassen bezieht, sind vor dem Einsatz mit den Krankenkassen abzustimmen.
12. In diesem Vertrag und seinen Anhängen/Anlagen festgelegte Formen und Inhalte für Listen, Übersichten, Erklärungen etc. sind in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt unverändert einzusetzen. Eigene Formulare des Leistungserbringers sind erlaubt, sofern die Inhalte mit den Formularen den Krankenkassen inhaltlich übereinstimmen und dieser Vertrag keine verbindliche Form vorgibt. Ist ein Formular in diesem Vertrag ausdrücklich als „Muster" gekennzeichnet, ist keine verbindliche Form vorgegeben. Die Verwendung von digitalen Formularen, digitalen Unterschriften sowie die digitale Archivierung sind grundsätzlich zulässig, soweit dieser Vertrag sie nicht ausdrücklich ausschließt.
13. Rückfragen der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind von dem Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

§ 2 Sicherheitsleistung

Soweit es nach diesem Vertrag und den Anlagen zu diesem Vertrag vorgesehen ist, ist eine Sicherheitsleistung zu stellen. Je nach Organisation des Leistungserbringers kann die Sicherheitsleistung entweder durch den Leistungserbringer selbst oder durch die einzelnen Filialen erbracht werden. Sind nach den Anlagen mehrere Sicherheitsleistungen geschuldet, sind diese als Gesamtsicherheitsleistung zu hinterlegen. Der Nachweis der Sicherheitsleistung ist nach Unterzeichnung des Vertrages bzw. nach Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag des Leistungserbringers innerhalb von vier Wochen gegenüber den Krankenkassen zu erbringen. Der Sicherungsvertrag ist von den Krankenkassen erst dann zurückzugeben, wenn für die letzte nach diesem Vertrag getroffene Versorgung der Gewährleistungszeitraum abgelaufen ist und alle gesicherten Verbindlichkeiten erloschen sind.

§ 3 Qualitätsanforderungen

Der Leistungserbringer hat die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach Maßgabe der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR), den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), den Hygiene-Sterilvorschriften und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie die Vorgaben aus dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sicherzustellen.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen des § 126 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in Form der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen. Das Zertifikat der Präqualifizierungsstelle ist den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen.
   Der Leistungserbringer hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen.
2. Soweit und solange die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen in der jeweils geltenden Fassung durch den Leistungserbringer nicht erfüllt werden, entfällt grundsätzlich die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten den Krankenkassen abzugeben.

3. Sollte eine Voraussetzung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die zuständige Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich zu informieren und diese Information zu dokumentieren. Die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages abzugeben, besteht im Ausnahmefall für die von der Präqualifizierungsstelle im individuellen Fall eingeräumte Übergangsfrist weiter. Die Abgabeberechtigung endet mit Ablauf der Übergangsfrist, soweit die Voraussetzungen der Grundeignung nicht wiederhergestellt sind. Die Krankenkassen sind berechtigt, sowohl die Information des Leistungserbringers an seine Präqualifizierungsstelle, als auch die daraufhin erteilte Bestätigung der Präqualifizierungsstelle bei Bedarf vom Leistungserbringer anzufordern. Leistungserbringer, die bei Vertragsbeginn bzw. bei Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag noch nicht über einen Nachweis der Grundeignung nach § 126 SGB V verfügen, können diesen innerhalb von 3 Monaten nach Vertragsbeginn bzw. nach Teilnahmebeginn vorlegen. Kann der Leistungserbringer nach Ablauf der Frist die Grundeignung nicht nachweisen, entfällt die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten der Krankenkassen abzugeben.

§ 5 Personelle Anforderungen

1. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein.
2. Die Mitarbeiter des Leistungserbringers, die mit den Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.
3. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der im Rahmen der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen zur Hilfsmittel bezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, mindestens 16 Stunden im Jahr fachspezifisch fortgebildet wird. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:

a) fachspezifische medizinische Fortbildung,
b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
c) Handhabung von neuen Produkten,
d) spezifische Fortbildungen wie in den Anlagen geregelt.

4. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und den Krankenkassen auf Verlangen nachzuweisen.

5. Die Anforderungen gemäß Ziffer 1 bis 4 gelten auch für externe Personen, die der Leistungserbringer zur Hilfsmittel bezogenen Beratung und Betreuung einsetzen.

§ 6 Genehmigung

1. Der Leistungsinhalt bestimmt sich im Einzelnen nach den Anlagen dieses Vertrages.
2. Besteht gemäß den Bestimmungen der Anlagen die Verpflichtung zur Einreichung eines Kostenvoranschlages oder einer Versorgungsanzeige, sind die nachfolgenden Regelungen zu beachten.
3. Umfasst die Verordnung (eines Vertragsarztes, eines Krankenhauses oder einer Reha-Einrichtung) mehrere Hilfsmittel, von welchen mindestens ein Hilfsmittel der Genehmigungspflicht unterliegt, sind alle Hilfsmittel dieser Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.
4. Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen müssen den in den Anlagen genannten Voraussetzungen entsprechen. Insbesondere sind im Kostenvoranschlag bzw. in der Versorgungsanzeige grundsätzlich die vollständige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer oder die vollständige vertraglich geregelte Abrechnungspositionsnummer, ggf. vertraglich geregelte Positionsnummer für Produktbesonderheiten sowie das Kennzeichen Hilfsmittel und der Leistungserbringergruppenschlüssel anzugeben.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Krankenkassen den Kostenvoranschlag bzw. die Versorgungsanzeige in der von den Krankenkassen vorgesehenen elektronischen Form zu übermitteln. Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu richten. Es gelten insoweit die jeweiligen Zusätze A1 bis A6 zum Rahmenvertrag im Vertragsverhältnis zur jeweiligen Krankenkasse.
6. Die Krankenkassen behalten sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen bzw. Versorgungsanzeigen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvoranschläge bzw. Versorgungsanzeigen einschließlich der eingereichten Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden. Der Kostenvoranschlag bzw. die Versorgungsanzeige ist mit korrigierten Daten erneut einzureichen. Eventuelle Forderungen auf Grund von Verfristungen nach dem Patientenrechtegesetz oder Bundesteilhabegesetz gehen zu Lasten des Leistungserbringers
7. Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn des Genehmigungszeitraumes ist die Aufnahme der Versorgung. Unabhängig vom Genehmigungszeitraum endet der Auftrag spätestens mit Ausscheiden des Versicherten aus der Krankenkasse, soweit sich aus den Anlagen, Anhängen und Zusätzen nichts anderes ergibt.
8. Bei Versorgungen für Versicherte, die in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, einem Alten- oder Pflegeheim oder ähnlichen Einrichtungen wohnen, ist – soweit in der jeweiligen Anlage nichts Gegenteiliges vorgesehen ist – vorab die Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

§ 7 Leistungserbringung

1. Die Lieferung eines Produktes kann, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart ist, nur bei Vorlage einer ärztlichen Originalverordnung durch den Versicherten und nach Bewilligung durch die Krankenkasse erfolgen. Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch den Versicherten besteht erst ab der Auftragserteilung.

   Ein Auftrag ist erteilt, wenn dem Leistungserbringer die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Bis zu einer Auftragserteilung ist der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten oder der Krankenkasse jederzeit zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei der Krankenkasse geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten mit dem Ziel, diese Regelung zu umgehen, sind unzulässig.

   Ist das erforderliche Hilfsmittel beim Leistungserbringer vorrätig und besteht der Versicherte ohne medizinische Notwendigkeit für eine sofortige Versorgung ausdrücklich auf die sofortige Mitnahme des Hilfsmittels, ist im Einzelfall ausnahmsweise eine privatrechtliche Vereinbarung mit dem Versicherten über die Übernahme der Kosten in Höhe der bei den Krankenkassen beantragten Kosten (bei kostenvoranschlagspflichtigen Produkten) bzw. des mit den Krankenkassen vereinbarten Preises (bei versorgungsanzeigepflichtigen Produkten) bzw. des Festbetrages bei festbetragsgeregelten Produkten für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse zulässig. Entscheidet sich der Versicherte darüber hinaus für Hilfsmittel oder

Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, ist die Vereinbarung über die Zahlung der hierdurch für den Versicherten entstehenden Mehrkosten gesondert gemäß den Regelungen des § 11 Ziffer 5 zu dokumentieren.

2. Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist die vollständig ausgefüllte ärztliche Originalverordnung. Neben Originalverordnungen in Papierform werden auch von den Krankenkassen gescannte Verordnungen akzeptiert. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung – sofern nicht medizinische Gründe für eine andere Frist vorliegen – vom Leistungserbringer aufgenommen worden ist. Verordnungen aus dem Entlassmanagement verlieren 7 Kalendertage nach dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wurde. Die Versorgung gilt als aufgenommen, wenn der Leistungserbringer die Verordnung angenommen hat (Datum des Eingangsstempels oder digitaler Zeitstempel).

   Der Leistungserbringer ist zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zur jeweiligen Krankenkasse nicht verpflichtet, wenn diese auf der Verordnung (eines Vertragsarztes, eines Krankenhauses oder einer Reha-Einrichtung) im Feld IK und Bezeichnung als Kostenträger angegeben ist. Der Zahlungsanspruch richtet sich in diesen Fällen gegen die jeweilige Krankenkasse. Dies gilt nicht bei sichtbaren Änderungen des Kostenträgers zu Lasten der jeweiligen Kasse. Diese Regelung gilt nicht für die hkk. Wird im Rahmen der Beantragung oder des Abrechnungsprozesses festgestellt, dass keine Zugehörigkeit zur Kasse besteht, werden keine Kosten durch die benannten Kassen übernommen.

3. Die Auswahl des konkreten Produktes zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten auf Basis der ärztlichen Verordnung obliegt grundsätzlich dem versorgenden Leistungserbringer. Soweit der Arzt eine Verordnung ausgestellt hat, in der die Produktart nicht bzw. nicht korrekt aufgeführt ist, hat der Leistungserbringer den Arzt zu kontaktieren, um weitere Informationen zur erforderlichen Produktart zu erhalten. Hat der Arzt ein Einzelprodukt, ggf. unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer, verordnet (Name des Produktes und/oder die Herstellerfirma), ist der Leistungserbringer nur dann zur Abgabe dieses Produktes verpflichtet, wenn der Arzt über die Diagnose hinaus eine produktbezogene medizinische Begründung für die Versorgung mit diesem Produkt auf der ärztlichen Verordnung angegeben hat.
4. Im Rahmen seiner Beratungspflicht nach § 127 Abs. 5 SGB V ermittelt der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung. Der Leistungserbringer hat im Rahmen seiner Beratungspflicht eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln entsprechend der beim Versicherten vorliegenden individuellen medizinischen Notwendigkeit anzubieten. Näheres ist bei Bedarf in den Anlagen geregelt.
5. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten der Krankenkassen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen des Vertrages zu versorgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V einzuhalten. Sofern für die Versorgung mehrere gleichartige Produkte geeignet sind, wählt der Leistungserbringer vorrangig das wirtschaftlichste Produkt, für welches ein Vertragspreis vereinbart worden ist.

   Die Krankenkasse ist berechtigt, im Rahmen des § 12 Abs. 1 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen, soweit kein Vertragspreis festgelegt ist bzw. nicht zum Vertragspreis geliefert wird. Aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Versorgungsauftrag von den Krankenkassen insbesondere dann einem anderen Vertragspartner erteilt werden, wenn eine Leistung außerhalb der vertraglichen Konditionen angeboten wird oder der begründete Verdacht besteht, dass eine unwirtschaftliche (Über-)Versorgung angeboten wurde.
6. Eine Versorgung nach dem Konzept für Versorgungspauschalen ist grundsätzlich vorrangig vor allen anderen Versorgungsformen durchzuführen, soweit es nach den Anlagen vorgesehen ist. Soweit eine Versorgung nach dem Konzept für Versorgungspauschalen im Einzelfall nicht in Betracht kommt, ist vorrangig eine Versorgung mit einem Hilfsmittel aus dem Bestand wiederverwendbarer Hilfsmittel gemäß Zusatz B zum Rahmenvertrag durchzuführen, soweit der Wiedereinsatz möglich und/oder nach den Anlagen vorgesehen ist.
7. Für die Versorgung mit den vereinbarten Produkten sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu berücksichtigen. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Produktart. Weiterhin sind die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie ggf. weitere Hinweise

des Arztes zu beachten. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hält der Leistungserbringer permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte vor.

8. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten oder dessen beauftragten Betreuer zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Krankenhaus, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung) durchzuführen. Die notwendige Nachbetreuung ist zu gewährleisten.
9. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei geklärter Kostenübernahme durch die Krankenkasse, Reparaturen - sofern technisch möglich - sowie die Ersatzteilversorgung von Hilfsmitteln durchzuführen. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass erforderliche Reparaturen im Regelfall nach erteilter Genehmigung oder nach Auftragserteilung durch den Versicherten bei bestehender Genehmigungsfreigrenze binnen 3 Werktagen erfolgen. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Reparaturzeitpunkt ist zulässig. Grundsätzlich soll die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels oder eine gleichwertige Versorgung beim Versicherten schnellstmöglich erreicht werden.
10. Werden Reparaturen durchgeführt, sind die einzelnen Arbeitsschritte zu dokumentieren und vom Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigen zu unterschreiben. Dieses Reparaturprotokoll ist 2 Jahre aufzubewahren und der Krankenkasse auf Anforderung zu übermitteln. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den ärztlich verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich innerhalb von 48 Stunden, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Geht die Verordnung nachweislich an einem Freitag ein, verlängert sich die Frist um einen Arbeitstag. Gleiches gilt für Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Im Rahmen des Entlassmanagements ist im Regelfall eine Versorgung bis spätestens zum Entlassungstag sicherzustellen. Kann der Leistungserbringer das Hilfsmittel nicht innerhalb der genannten Fristen zur Verfügung stellen, ist er verpflichtet, den Versicherten hierüber zu informieren. Ist die Verzögerung auf betriebsinterne Gründe zurückzuführen, ist die Krankenkasse zu informieren und der Versorgungsauftrag bzw. die ärztliche Verordnung auf Verlangen unverzüglich an die Krankenkasse zurückzugeben. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.

    Leitet die Krankenkasse dem Leistungserbringer eine Verordnung weiter, ist der Leistungserbringer verpflichtet, innerhalb von 24 Stunden Kontakt mit dem Versicherten aufzunehmen, bei Ende der 24-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.

11. Im Falle genehmigungspflichtiger Versorgungen erfolgt die Lieferung bzw. Beginn der Versorgung grundsätzlich spätestens 48 Stunden nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse beim Leistungserbringer, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag. Die 48-Stunden-Frist gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.
12. Der Leistungserbringer hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen, soweit in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Bei der erstmaligen Versorgung eines Versicherten durch den Leistungserbringer sind dem Versicherten die entsprechenden Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer, Servicetelefonnummer, Erreichbarkeitszeiten, E-Mail-Adresse, Adresse des Leistungserbringers) bekannt zu geben.
13. Die Abgabe des Hilfsmittels ist der Krankenkasse per Empfangsbestätigung des Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung nachzuweisen. Quittierungen im Voraus oder Nachhinein sind unzulässig.

    Sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist, werden anstelle der Empfangsbestätigung auch nachfolgend aufgeführte Nachweise akzeptiert: Postpaketnummer, Versandbeleg, UPS-Nummer, Postempfangsbescheinigung, Paketdienstnummer, Lieferschein mit original Paketaufkleber, Handschriftlicher Vermerk/Stempelaufdruck auf Lieferschein "Postversand" mit Datum und Unterschrift, Lieferschein-Nummer oder die Ident. Nummer des Lieferdienstes sowie elektronische Unterschriften über Signatur-Pad. Textinhalte der gezeichneten Empfangsbestätigung sind dem Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuer oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person als E-Mail zu übermitteln oder als Druck auszuhändigen.

14. Die Abholung eines Hilfsmittels beim Versicherten durch den Leistungserbringer darf nur aufgrund eines mit dem Versicherten rechtzeitig vereinbarten Abholungstermins erfolgen. Bei der Abholung von Hilfsmitteln, die nicht im Eigentum des Leistungserbringers stehen, hat dieser den rechtmäßigen Eigentümer über den Verbleib zu unterrichten.
15. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht kurzfristig beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels für den Versicherten und die Krankenkasse kostenlos zur Verfügung. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung.
16. Sofern der Leistungserbringer den verordnenden Arzt bzw. eine von ihm bestimmte Person in der Handhabung des Hilfsmittels zwecks Einweisung der Versicherten geschult hat, ist die Schulung zu dokumentieren und den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen. Die Dokumentation umfasst folgende Mindestinhalte: Datum der Schulung, Name und Anschrift des geschulten Arztes, Name des schulenden Mitarbeiters des Leistungserbringers sowie Angaben über Inhalte der Schulung.

§ 8 Produktanforderung

1. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung bindend, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder die Listung eines Produktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.

   Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt grundsätzlich nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht. Sofern im Einzelfall kein gelistetes Produkt geeignet ist und eine Abgabe eines nicht gelisteten Produktes erfolgen soll, ist den Krankenkassen ein Kostenvoranschlag mit ausführlicher Begründung einzureichen.

   Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer bzw. ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert.

   Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel können die Krankenkassen vom Leistungserbringer die Vorlage einer vom Hersteller ausgestellten Konformitätserklärung gemäß MPG fordern. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung den Krankenkassen innerhalb von 4 Wochen vorzulegen.

   Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in dieser Vereinbarung geregelte Produkte sind die in der dafür vorgesehenen Anlage aufgeführten Pseudopositionsnummern zu verwenden. Es ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei den Krankenkassen einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist.

   Werden einzelne Hilfsmittel, welche in den Anlagen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

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

   Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag erhalten.

2. Der Leistungserbringer stellt die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für den jeweiligen Überlassungszeitraum sicher. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des aktuellen Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Sind weder dem Hilfsmittelverzeichnis noch den Herstellerangaben ausreichende Beschaffenheitsangaben zu entnehmen, ist die

Gebrauchstauglichkeit des Produktes für die vorausgesetzte Verwendung maßgeblich, es sei denn, zwischen den Parteien wurde in den Anlagen zum Vertrag etwas anderes vereinbart. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Unberührt bleiben auch Rechte aus evtl. vom Hersteller gewährten Garantien.

3. Die Produkte müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und den Bedürfnissen des Versicherten voll gerecht werden. Grundsätzlich werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei, funktionsgerecht und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Sie müssen den medizinischen und technischen Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses genügen. Es dürfen nur Hilfsmittel mit einem CE-Prüfzeichen nach dem MPG und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zum Einsatz kommen. Ausnahme: Bei Sonderanfertigungen wird auf eine CE-Kennzeichnung verzichtet, stattdessen ist den Krankenkassen auf Anfrage eine Konformitätserklärung zur Verfügung zu stellen.
4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag an die Versicherten den Krankenkassen nur Produkte abzugeben, die den Kriterien des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Aufgrund von §139 Abs. 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 MPG der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehöre im Sinne des § 3 Nr. 9 MPG.

§ 9 Medizinproduktegesetz (MPG) und

Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)

1. Der Leistungserbringer übernimmt unabhängig von der Versorgungsform alle Verpflichtungen einschließlich der personellen Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Produkten aus dem Medizinproduktegesetz und den sonstigen Sicherheitsvorschriften ergeben.
2. Gemäß § 3 Absatz 2 MPBetreibV in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung hat derjenige, der Patienten mit Medizinprodukten zur Anwendung durch sich selbst oder durch Dritte in der häuslichen Umgebung oder im sonstigen privaten Umfeld aufgrund einer gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtung versorgt, die Pflichten eines Betreibers gemäß § 3 Absatz 1 MPBetreibV wahrzunehmen. Werden Medizinprodukte aufgrund einer Veranlassung des Versorgenden durch einen Dritten bereitgestellt, so können die aus der Betreiberpflicht resultierenden Aufgaben vertraglich auf diesen Dritten übertragen werden (vgl. § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV).
3. Dem Leistungserbringer werden hiermit für die vertraglich geregelten Medizinprodukte die sich aus den Pflichten der Kostenträger gemäß der MPBetreibV ergebenden, nachstehenden Aufgaben übertragen:
   a. Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinproduktes gem. § 4 Abs. 3 MPBetreibV. Abweichend von § 4 Abs. 3 Satz 2 kann die Einweisung nur dann entfallen, wenn dem Leistungserbringer vom Versicherten eindeutig belegt wird, dass eine Einweisung bereits in ein baugleiches Medizinprodukt erfolgt ist. Die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung ist in geeigneter Form zu dokumentieren. Hierbei ist das Datum der Einweisung anzugeben, der Name des Einweisenden, und derjenige, der eingewiesen wurde, namentlich zu benennen. Eine aktuelle Gebrauchsanweisung ist vom Leistungserbringer immer an den Versicherten auszuhändigen. Für die in der Anlage 1 aufgeführten Medizinprodukte gilt zusätzlich § 10 MPBetreibV. Als „vom Betreiber beauftragte Person" gilt ersatzweise die versicherte Person selbst oder ein pflegender Angehöriger.
   b. Instandhaltung gem. § 7 MPBetreibV inkl. Dokumentation der durchgeführten Arbeiten im Medizinproduktebuch gem. § 12 MPBetreibV. Die mit der Instandsetzung beauftragten Personen müssen über die besonderen Anforderungen nach § 5 MPBetreibV verfügen (vgl. § 7 Abs. 2, 4 MPBetreibV).
   c. Aufbereitung der Medizinprodukte nach Maßgabe der Herstellerangaben gemäß § 8 MPBetreibV.
   d. Sicherheitstechnische Kontrollen (STK) gem. § 11 MPBetreibV inkl. Dokumentation derselben im Medizinproduktebuch gem. § 12 MPBetreibV für die in der Anlage 1 der MPBetreibV aufgeführten Medizinprodukte. STK sind durch den Leistungserbringer ggf. in Abstimmung mit dem Hersteller – spätestens jedoch nach 2 Jahren – gemäß der MPBetreibV durchzuführen. Die mit der Durchführung der STK beauftragten Personen müssen die Voraussetzungen nach § 5 MPBetreibV erfüllen (vgl. § 11 Abs. 4 MPBetreibV).

e. Führung und Aufbewahrung eines Medizinproduktebuchs gem. § 12 MPBetreibV für die in der Anlage 1 und 2 aufgeführten Medizinprodukte. Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass auch im Falle einer Geschäftsaufgabe, ggfs. durch den Nachfolger, die Aufbewahrungsfrist nach § 12 Abs. 3 MPBetreibV eingehalten wird. Anderenfalls verpflichtet sich der Leistungserbringer, die Kasse von der Einstellung des Betriebes unverzüglich in Kenntnis zu setzen.
f. Führung und Aufbewahrung eines Bestandsverzeichnisses gem. § 13 MPBetreibV. Nr. 3 e) Satz 2 und 3 dieses Vertrages gelten entsprechend.
g. Durchführung und Protokollierung der messtechnischen Kontrollen (MTK) gemäß § 14 MPBetreibV für alle die in der Anlage 2 aufgeführten Medizinprodukte. Die mit der Durchführung der MTK beauftragten Personen müssen die Voraussetzungen nach § 5 MPBetreibV erfüllen (vgl. § 14 Abs. 5 MPBetreibV). Das Protokoll ist den Krankenkassen auf Nachfrage unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass auch im Falle einer Geschäftsaufgabe, ggfs. durch den Nachfolger, das Protokoll bis zur nächsten messtechnischen Kontrolle aufbewahrt wird und den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden kann. Anderenfalls verpflichtet sich der Leistungserbringer, die Krankenkassen von der Einstellung des Betriebes unverzüglich zu unterrichten.

4. Die oben genannten Aufgaben gelten für alle zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses im Einsatz befindlichen und für alle neu versorgten Hilfsmittel, welche in diesem Vertrag geregelt sind. Soweit zwischen den Vertragspartnern von der MPBetreibV abweichende Pflichten vereinbart sind, gelten die Regelungen der MPBetreibV. Die nach der MPBetreibV bzw. nach dieser Regelung einzuhaltenden Fristen gelten ab Abgabe des Medizinproduktes an den Versicherten. Weitergehende Regelungen zu den unter a) – g) aufgelisteten Aufgaben finden sich in den Anlagen (sofern vereinbart) wieder.
5. Die Krankenkassen behalten sich vor, die Umsetzung der vorstehend genannten gesetzlichen Regelungen bzw. die Einhaltung der übertragenen Aufgaben regelmäßig zu überprüfen. Daten aus dem Medizinproduktebuch oder dem Bestandsverzeichnis sind der Kasse in schriftlicher oder elektronischer Form zu übersenden.
6. Für Schäden, die durch eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung dieser Aufgaben entstehen, haftet der Leistungserbringer.
7. Ist der Leistungserbringer aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die oben genannten Maßnahmen durchzuführen, ist dies entsprechend zu dokumentieren und der Kasse anzuzeigen. Die Anzeige soll erst dann erfolgen, wenn der Leistungserbringer den Versicherten zuvor trotz mehrfacher Versuche innerhalb von drei Monaten nicht erreichen/antreffen konnte. Eine Haftung wegen nicht fristgerechter Erfüllung der betroffenen Aufgabe ist in diesen Fällen ausgeschlossen.
8. Die Krankenkassen werden die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Verfügung stellen und erforderlichenfalls bei fehlender Mitwirkung des Versicherten im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf diesen einwirken.

§ 10 Beratung, Dokumentation und Qualitätsprüfung

1. Der Leistungserbringer ist nach § 127 Abs. 5 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Zusätzlich sind sie im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Hierbei ist § 11 Ziffer 5 dieses Rahmenvertrages zu beachten. Darüberhinausgehende Anforderungen an die Inhalte der Beratung der Versicherten sind in den Anlagen geregelt.
2. Der Leistungserbringer hat die Durchführung der Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich die erfolgte Beratung durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen (vgl. §127 Abs. 5 SGB V) soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist. Die Unterschrift kann digital erfolgen. Für den Fall der telefonischen Beratung verzichten die Krankenkassen auf eine Unterschrift.

   Hierfür ist inhaltlich das als Anhang 01 zum Rahmenvertrag beigefügte Muster zu nutzen. Es ist für jedes Produkt ein gesondertes Muster zu verwenden. Alternativ kann für den Fall, dass nur ein Produkt verordnet worden ist, der Text „*Hiermit bestätige ich, dass ich zum o.g. Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. §127 Abs. 5 SGB V) entsprechend beraten worden bin, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete*

Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind." auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung angebracht werden.

Die Bestätigung über die Durchführung der Beratung (in Form von Anhang 01 oder als Ergänzung auf der Rückseite der Verordnung) ist der Abrechnung zwingend beizufügen. Bei Nichtvorlage entfällt der Anspruch auf Vergütung.
Der Leistungserbringer hat die Umstände des Beratungsgespräches, insbesondere die Form des Beratungsgespräches (persönliche Beratung in den Geschäftsräumen, telefonische Beratung oder vor Ort-Beratung z.B. im Hausbesuch, im Krankenhaus oder im Pflegeheim), Ort und Zeit der Beratung, den beratenden Mitarbeiter, die beratene Person (z.B. Versicherter, Angehöriger, Pflegeperson) sowie das Eingangsdatum der ärztlichen Verordnung schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation ist den Krankenkassen auf Verlangen auszuhändigen.

3. Der Leistungserbringer hat die Inhalte der Beratung schriftlich zu dokumentieren, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist. Es ist für jedes Hilfsmittel ein gesondertes Muster zu verwenden. Soweit es für die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erforderlich ist, hat der Leistungserbringer den Krankenkassen die Inhalte der Beratung auf Verlangen zu übermitteln.
   Voraussetzung für die Übermittlung dieser Daten ist die schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten (vgl. §127 Abs. 7 SGB V).
4. Die Daten nach Ziffer 2 und 3 sind vom Leistungserbringer für 6 Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrung kann in Papierform oder elektronischer Form erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Abgabedatum des Hilfsmittels.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte unverzüglich zu erteilen.

§ 11 Vergütung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn der Auftrag erteilt wurde und der Leistungserbringer die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht hat.
2. Die Preise für die vertraglich vereinbarten Versorgungen inklusive aller erforderlichen Leistungen ergeben sich aus den Anlagen zu diesem Vertrag. Die in den Anlagen vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Es steht dem Leistungserbringer frei, Angebote/Abrechnungen unterhalb der dort geregelten Konditionen einzureichen.
3. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart wird.
4. Werden für in diesem Vertrag geregelte Hilfsmittel Festbeträge zu niedrigeren Preisen, als in den Anlagen geregelt, festgesetzt, können die betreffenden Hilfsmittel maximal bis zur Höhe des Festbetrages abgerechnet werden (vgl. § 127 Absatz 4 SGB V).
5. Die Erhebung von Mehrkosten gegenüber den Versicherten der Krankenkassen für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß diesem Vertrag durch den Leistungserbringer ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig, ausgenommen anderslautender Regelungen in den Anlagen oder für den Fall, dass der Versicherte – trotz ausführlichen Hinweises und Beratung durch den Leistungserbringer – Hilfsmittel oder Leistungen wünscht, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren, dass die Krankenkasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Vor Lieferung ist hierzu mit dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierfür ist das als Anhang 03 beigefügte Muster zu nutzen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet den Kassen die Vereinbarungen auf Anfrage in Kopie zur Verfügung zu stellen.
6. Nachträgliche Änderungen an einem Hilfsmittel können nur dann gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden und nicht durch die in den Anlagen geregelten Vergütungen abgedeckt sind. Abweichende Regelungen in den Anlagen sind zu beachten.
7. Die gesetzlichen Regelungen zur Zuzahlung gelten.
8. Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Leistungserbringer anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu überprüfen. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den Leistungserbringer einzuziehen.

§ 12 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Leistungserbringer muss über ein Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V verfügen, welches bei der Übermittlung von Kostenvoranschlägen bzw. Versorgungsanzeigen sowie in der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet wird. Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Jeder Leistungserbringer bzw. jede Filiale kann nur ein IK je Vertrag mit den Krankenkassen verwenden, welches den Krankenkassen verbindlich in dem dafür vorgesehenen Format zu melden ist.
2. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben, einschließlich der Adressdaten sowie der Bank- und Kontoverbindung, sind für die Bearbeitung und die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen verbindlich. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
3. Der Leistungserbringer hat die Pflicht, die hinterlegten Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an den Krankenkassen oder deren mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
4. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der Stelle, die die Prüfung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V durchführt, mitzuteilen. Eine Veränderung des IK´s ist den Krankenkassen mindestens 4 Wochen im Voraus mitzuteilen.
5. Das IK ist im Kostenvoranschlag bzw. in der Versorgungsanzeige und in der Abrechnung anzugeben. Kostenvoranschläge bzw. Versorgungsanzeigen oder Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem oder unbekanntem IK berechtigen die Krankenkassen zur Abweisung.

§ 13 Rechnungslegung (gemäß § 302)

Die kassenspezifischen Regelungen zur Rechnungslegung sind in den Zusätzen A1 bis A6 zum Rahmenvertrag geregelt.

§ 14 Haftung und Gewährleistung

1. Gewährleistung und Haftung der Leistungserbringer richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit der Vertrag nichts anderes bestimmt.
2. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.
3. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Der Leistungserbringer tritt eventuelle Rechte aus vom Hersteller gewährten Garantien an die Krankenkassen ab.
4. Für Instandsetzungen und Um-/Aufrüstungen an Hilfsmitteln, die im Rahmen des Wiedereinsatzes ausgeliefert werden sowie bei Wartungen und Reparaturen wird mit der Aushändigung an den Versicherten ebenfalls eine Gewährleistung nach den gesetzlichen Vorschriften und/oder vom Hersteller gewährten Garantien auf die neu eingebauten Teile übernommen.
5. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten. Angemessen für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personen- und/oder Sachschäden sowie 100.000 EUR für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

§ 15 Beziehungen zu Dritten

1. Der Leistungserbringer ist berechtigt, die einzelnen Leistungen dieses Vertrages auf einen externen Dienstleister im Rahmen der geltenden Preisregelungen zu übertragen. Dadurch ausgelöste Mehrkosten werden durch die Krankenkassen nicht zusätzlich vergütet. Ausgeschlossen davon sind alle originären Leistungen, d.h. solche Leistungen bzw. Versorgungen, die direkt am Versicherten vorzunehmen sind.

2. Bedient sich der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner Verpflichtung eines externen Dienstleisters, so hat er dessen Verschulden im gleichen Umfang zu vertreten, wie eigenes Verschulden (§ 278 BGB). Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch den externen Dienstleister verantwortlich. Unabhängig davon haben die Krankenkassen für ein Verschulden des externen Dienstleisters nicht einzustehen.
3. Die Unterhaltung von Produktdepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen durch die Leistungserbringer ist nicht zulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden bzw. die eine spezielle ärztliche (Therapie)-Einweisung mit anschließender ärztlicher Kontrolle erfordern. Die Leistungserbringer dürfen außerhalb der Notfallversorgung nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben, es sei denn, in der für die abgegebene Leistung geltenden Anlage wird etwas anderes bestimmt. Werden die Leistungen von Dritten erbracht, hat der Leistungserbringer einen Abschlag von 20 v.H. auf den Vertragspreis bei der Abrechnung zu gewähren. Die Abschlagsregelung findet keine Anwendung, wenn die Leistung des Dritten durch den Leistungserbringer zu vergüten ist. Im Übrigen gilt § 128 Abs. 1 SGB V.
4. Zulässig sind Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten Produkten in der Praxis des Arztes und stationären Einrichtungen durch die Leistungserbringer, nachdem das Produkt in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde. Voraussetzung ist, dass die Anpassung in der Arztpraxis vom Arzt aus medizinischen Gründen für erforderlich gehalten wird.
5. Eine Vergütung von Dienstleistungen, zusätzlichen privatärztlichen Leistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Personal im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte" der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. vom 12.05.1997 in seiner jeweils geltenden Fassung sowie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, die sich aus der Berufsordnung der Ärzte ergeben, sind zu beachten. Im Übrigen gilt § 128 Abs. 2 SGB V.
6. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Versicherten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch den Leistungserbringer zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer oder anderweitiger Anreize durch Dritte ist unzulässig.
7. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen. Es ist unzulässig, Ärzte, Versicherte oder andere Dritte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandsetzungen bleiben davon unberührt. Ebenfalls ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Einverständnis aufzusuchen. Dies gilt auch für Versicherte, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen betreut werden.

§ 16 Datenschutz

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I und das Datengeheimnis nach DSGVO zu wahren und personenbezogene / personenbeziehbare Daten, die er anlässlich der Vertragserfüllung erhält, nur zum Zwecke der Vertragserfüllung zu verwenden.
2. Der Leistungserbringer sowie die beauftragten Abrechnungsstellen unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Krankenkassen, soweit diese Angaben zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben den Krankenkassen erforderlich sind.
3. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Geheimhaltungspflicht sowie der maßgeblichen Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

§ 17 Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen, Kündigung

1. Der Leistungserbringer haftet gegenüber den Krankenkassen für die Verletzung von Pflichten aus diesem Vertrag, die auf sein Verschulden zurückzuführen sind, unbeschadet der folgenden Regelungen nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Verletzt der Leistungserbringer bzw. einer der Filialen Pflichten aus diesem Vertrag, steht den Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers je nach Schwere des Vertragsverstoßes die Befugnis zu,
   - eine Verwarnung auszusprechen
   - bei wiederholtem Ausspruch einer Verwarnung auf Grund einer Vertragsverletzung den Vertrag aus wichtigem Grund gegenüber dem Leistungserbringer bzw. der betreffenden Filiale zu kündigen. Soweit die Kündigung des Vertrages gegenüber dem Leistungserbringer erklärt wird, gelten gleichzeitig sämtliche Verträge mit den angeschlossenen Filialen als gekündigt.
   - eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffern 5 und 6 zu erheben.
3. Den Krankenkassen steht bei der Auswahl der vorgenannten Sanktionen ein Ermessen unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Einzelfalles zu. Neben den vorgenannten Sanktionsmöglichkeiten stehen den Krankenkassen nach eigenem Ermessen auch die Aufhebung der Genehmigungsfreigrenze zu. Eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffer 5 und 6 wird ggf. unabhängig hiervon verwirkt.
4. Bei schuldhaften Überschreitungen der zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen vereinbarten Lieferfrist gemäß § 7 Ziffer 10 und 11 unter Berücksichtigung anderslautender Regelungen in den Anlagen gelangt der betreffende Leistungserbringer mit seiner Leistung ohne Mahnung in Verzug. In diesem Fall sind die Krankenkassen berechtigt, die Versorgung des Versicherten für den betroffenen Versorgungszeitraum einem Dritten zu übertragen. Dadurch entstehende Mehrkosten gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte der Krankenkassen bleiben unberührt.
5. Verletzt der Leistungserbringer gravierende Pflichten aus diesem Vertrag, beispielsweise
   - die Pflicht zur unverzüglichen Einreichung einer aktualisierten Teilnehmerliste bei den Krankenkassen bzw. dem vdek,
   - seine vertragliche Verpflichtung, die Inhalte der Beratung gemäß § 10 Ziffer 3 zu dokumentieren und den Krankenkassen auf Anforderung zu übermitteln,

   verwirkt der Leistungserbringer für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von 500,00 EUR.
6. Für sonstige Pflichtverletzungen, insbesondere die wiederholte Nichteinhaltung der
   - vertraglich festgesetzten Fristen zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen,
   - Qualitätskriterien hinsichtlich der vertraglich geschuldeten Leistung,
   - Abschlagsregelungen in § 15 Ziffer 3 S. 3,
   - vertraglich festgesetzten Verpflichtung, die Möglichkeit des Wiedereinsatzes eines Hilfsmittels aus dem zentralen Hilfsmittelpool zu prüfen,
   - vertraglichen Vorgaben bezüglich der Information, der Beratung sowie der Erhebung von Mehrkosten gemäß § 11 Ziffer 5 i.V.m. § 10 Ziffer 1,

   verwirkt der betreffende Leistungserbringer nach Anhörung für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von 150,00 EUR.
7. Auf Seiten der Krankenkassen liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages mit dem Leistungserbringer berechtigt, insbesondere dann vor, wenn:
   a) der Leistungserbringer eine ausreichende Versorgung mit den vertraglich geschuldeten Leistungen nach Maßgabe der vereinbarten Anlagen nicht mehr sicherstellen kann,
   b) der Leistungserbringer fortgesetzt seine Verpflichtung zur unverzüglichen Einreichung einer aktualisierten Teilnehmerliste bei den Krankenkassen bzw. dem vdek verletzt,
   c) der Leistungserbringer Vertragsverstöße in einem Umfang verursacht, welche es den Krankenkassen unzumutbar machen, an dem Vertrag festzuhalten,

d) der Leistungserbringer den Regelungen in § 1 Ziffer 9 zuwiderhandelt,

e) der Leistungserbringer Werbemaßnahmen zuwider der Regelung des § 15 Ziffer 7 vornimmt,

f) der Leistungserbringer gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat,

g) Qualitätsmängel in der vertraglich geregelten Versorgung eines Versicherten aufgetreten sind, die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können,

h) der Leistungserbringer wiederholt mit der Erbringung seiner Leistung in Verzug gerät und dadurch die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird,

i) der Leistungserbringer wiederholt Zahlungen zu Vertragsleistungen durch Versicherte fordert oder annimmt, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,

j) eine Abrechnungsmanipulation vorliegt, beispielsweise die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Abrechnung einer Leistung, die nicht verordnet wurde,

k) der Leistungserbringer gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat,

l) der Leistungserbringer den Regelungen in § 1 Ziffer 9 zuwiderhandelt,

m) die Voraussetzungen zur Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 4 nicht mehr vorliegen oder der Leistungserbringer eine Überprüfung dieser Voraussetzungen durch die Krankenkassen bzw. den entsprechenden Nachweis nach § 4 Ziffer 1 nicht fristgemäß gewährleistet,

n) der Leistungserbringer gemäß § 7 Ziffer 1 ausgeschlossene privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten trifft,

o) der Leistungserbringer den Regelungen in § 15 zuwiderhandelt; im Falle der Kündigung wegen Verstößen gegen die Bestimmungen des § 15 Ziffer 5 und 7 können die Krankenkassen den Leistungserbringer entsprechend § 128 Abs. 3 SGB V für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausschließen,

p) die Sicherheitsleistung gemäß § 2 nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingereicht wird,

q) der Leistungserbringer durch Äußerungen oder Handlungen, insbesondere gegenüber den Versicherten sowie gegenüber der Öffentlichkeit nachweislich das Ansehen in einer Weise herabsetzt, die geeignet ist, die berechtigten Interessen der Krankenkassen erheblich zu beeinträchtigen.

9. Für die Krankenkassen liegt weiterhin insbesondere in folgenden Fällen ein wichtiger Grund zur außerordentlichen Kündigung vor, wenn der Leistungserbringer:

a) die elektronische Plattform der Krankenkassen für Versorgungsanzeigen bzw. Kostenvoranschläge und den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln nicht nach Maßgabe der Zusätze A1 bis A 6 zum Rahmenvertrag in der vertraglich vorgesehenen Weise nutzt,

b) Hilfsmittel und Zubehöre, die sich im Eigentum der Krankenkassen befinden, nicht in den zentralen Hilfsmittelpool der Krankenkassen einstellt,

c) wiederholt schuldhaft wirtschaftlich relevante falsche Zustandsbewertungen bei der Einlagerung von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln in den zentralen Hilfsmittelpool der Krankenkassen einstellt,

d) ein Hilfsmittel aus dem zentralen Hilfsmittelpool der Krankenkassen entnimmt, ohne vorher einen Auslieferungsauftrag der Krankenkassen erhalten zu haben.

8. Eine außerordentliche Kündigung hat schriftlich mit entsprechender Begründung zu erfolgen. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht.
9. Für durch Vertragsverletzungen des Leistungserbringers verursachte Verwaltungsaufwendungen der Krankenkassen wird bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 286 ff. BGB im Übrigen ein den Verwaltungsaufwendungen entsprechender Schadenersatz vereinbart. Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadenersatzansprüchen durch die Krankenkassen bleiben hiervon unberührt.
10. Bei Missachtung von Kennzeichnungen eines anderen Eigentümers ist der Leistungserbringer verpflichtet, dem Eigentümer eine finanzielle Entschädigung in Höhe der für dieses Hilfsmittel vereinbarten Versorgungspauschale zu gewähren.

11. Soweit der Leistungserbringer seine Beratungspflicht aus § 11 Ziffer 5 des Vertrages über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien, den Maßgaben der ärztlichen Verordnung in vollem Umfang entsprechenden Versorgung verletzt und der Versicherte hierdurch zum Kauf eines aufzahlungspflichtigen Hilfsmittels veranlasst wurde, verpflichtet sich der Leistungserbringer, dem Versicherten die Differenz zwischen dem für die aufzahlungspflichtige Versorgung gezahlten Gesamtpreis und dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung in diesem Fall ausreichende Versorgung zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn der Leistungserbringer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Beratungspflicht nach Satz 1 ist erfüllt, wenn der Versicherte die Erklärung zur höherwertigen Versorgung unterschrieben hat und der Leistungserbringer diese Erklärung vorlegen kann. Im Falle des Satz 1 ist die Versorgung mit dem gelieferten Hilfsmittel mit dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung ausreichende Versorgung abgegolten.

§ 18 Laufzeit und Kündigung

1. Der Vertrag gilt im Verhältnis zur:

    -
    -
    -
    - hkk ab dem 01.01.2020

2. Der Vertrag und seine Anlagen, Anhängen und Zusätze können mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals nach einer Laufzeit von 24 Monaten abhängig vom Beginn des Vertrages schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht.
3. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt. Die separate Kündigung der einzelnen Anlagen ist grundsätzlich zulässig, es sei denn, in den Anlagen selbst ist etwas anderes geregelt. Bei separater Kündigung der Anlagen bleiben die nicht gekündigten Bestandteile des Vertrages weiterhin wirksam.
4. Mit Wegfall der letzten gültigen Anlage zu diesem Vertrag durch Kündigung oder Ausschreibung gilt der Rahmenvertrag als gekündigt.

§ 19 Schlussbestimmungen

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages zunächst einvernehmlich zu klären.
2. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit dieses 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.

Anhang 01: Muster

Bestätigung über die Durchführung der Beratung gem. § 127 Abs. 5 SGB V

(vgl. § 10 Abs. 2 Rahmenvertrag)

Name, Vorname Versicherter:

KVNR oder Geburtsdatum:

Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):

Hilfsmittel:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel oder IK-Nummer):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Datum der Beratung:

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

Hiermit bestätige ich, dass ich zum o.g. Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. §127 Abs. 5 SGB V) entsprechend beraten worden bin, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherte/r	Beratende/r Mitarbeiter/in

Unterschrift Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

Anhang 03: Muster

Erklärung des/der Versicherten und der Betreuungsperson über das Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (Mehrkostenerklärung)

Name, Vorname Versicherter:

KVNR oder Geburtsdatum:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel oder IK-Nummer):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

aufzahlungsfreie Versorgung HMV Nummer/n:

Höhe der Mehrkosten:

Ich habe mich für eine Versorgung mit Mehrkosten entschieden, weil (freiwillige Angabe)_____

Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.

Mit der Zahlung der oben benannten Mehrkosten für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge hierfür anfallen können.

Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Versicherte/r	Beratende/r Mitarbeiter/in

_____

Unterschrift Betreuungsperson

_____

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

Anlage 1 zum Rahmenvertrag –

Allgemeine Anforderungen zum Konzept für Versorgungspauschalen (VP) und Qualitätsbeschreibungen zur Versorgung mit CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten der Produktgruppe 14

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS):

hkk:

1. **Gegenstand der Anlage**

Gegenstand dieser Vereinbarung gem. § 127 Abs. 1 SGB V ist die Versorgung von Versicherten der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse mit:

- CPAP-Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.20
- Auto-CPAP-Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.21
- Bilevel-Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.22
- Auto-Bilevel-Systemen zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.23
- Bilevel-CPAP Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen mit ST-Funktion 14.24.24
- Spezialgeräten zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen 14.24.25
- individuell angefertigten Atemmasken 14.24.19

einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen, wie in dieser Anlage und den Anhängen beschrieben.

1.1 Zu dieser Anlage gehören folgende Anhänge

Anhang 01	Produkte und Konditionen CPAP-Geräte und CPAP- Spezialgeräte der Produktarten 14.24.20.0 bis 14.24.25
Anhang 02	Produkte und Konditionen zur Produktgruppe 14 - individuell gefertigte Masken
Anhang 03	Empfangsbestätigung DLK- Muster
Anhang 04	Nachweis Gerätenutzung
Protokollnotiz	Protokollnotiz Sicherheitstechnische Kontrollen (STK) Schlaftherapiegeräte (14.24.20. – 14.24.25.)

Sofern unter dem Punkt 6, Dokumentation, nichts Anderes geregelt ist, dienen die Anhänge 04 und 05 als Mustervorlagen. Dem Leistungserbringer ist es freigestellt, die Inhalte/Dokumentationen in seine Prozesse entsprechend zu integrieren.

2. Voraussetzung zur Teilnahme

2.1 Personelle Voraussetzungen

Der Leistungserbringer hat zur Erfüllung der Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung im Sinne des § 126 Abs. 2 SGB V folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die Anforderungen des Kriterienkataloges nach den Empfehlungen gem. § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V, Versorgungsbereich 14A, 14B/14B5 und 14G
- Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur produktbezogenen Beratung und Betreuung der Versicherten eingesetzt wird, den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes, § 31, entspricht.
- Das vom Leistungserbringer eingesetzte Personal ist bei Markteinführung von Produktneuheiten durch Schulungen in die Lage zu versetzen, eine umfassende und qualitativ hochwertige Beratung durchzuführen.

2.2 Service

Zur Entgegennahme von Versorgungsaufträgen hat der Leistungserbringer an den Werktagen von Montag bis Donnerstag von 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr und Freitag von 8:00 Uhr bis 15:00 Uhr (Servicezeit) sowohl eine persönliche, eine telefonische als auch eine elektronische (Fax oder E-Mail) Auftragsannahme sicherzustellen. Die Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Adresse, Telefonnummer) des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der erstmaligen Versorgung und bei eventuellen Änderungen bekannt zu geben. Die telefonische Erreichbarkeit ist über eine bundesweit einheitliche Festnetznummer mit Ortsvorwahl sicherzustellen. Bei Nutzung einer Sonderrufnummer dürfen der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse oder dem Versicherten keine Mehrkosten gegenüber einer Festnetznummer mit Ortsvorwahl entstehen.

3. Leistungsinhalt der Versorgung

3.1 Dienstleistungskonzept (DLK)

1. Im Dienstleistungskonzept regeln die im Rahmenvertrag genannten Krankenkassen für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln eine Vergütungspauschale, die für ein umfassendes Dienstleistungspaket über einen vereinbarten Gewährleistungszeitraum gezahlt wird.

2. Der Gewährleistungszeitraum wird für jedes Hilfsmittel vertraglich festgelegt und umfasst den jeweiligen Vergütungszeitraum. Der jeweilige Vergütungszeitraum ergibt sich aus dem Anhang 01 zu dieser Anlage.

3. Der im Anhang 01 zu dieser Anlage definierte Gewährleistungszeitraum beginnt bei Erstversorgungen mit Datum der Lieferung, jedoch nicht vor Datum der Verordnung bzw. Entlassung aus stationärer Behandlung (Krankenhaus, Reha). Der im Anhang 01 zu dieser Anlage definierte Gewährleistungszeitraum bei Folgeversorgungen beginnt frühestens mit Ablauf des vorangegangenen Gewährleistungszeitraums.

4. Wird dieser Vertrag gekündigt, sind die bereits durch die Vergütungspauschale abgegoltenen Pflichten aus diesem Vertrag vom Leistungserbringer weiterhin auch nach Ende des Vertrages zu erbringen. Erst nach erfolgter Rückgabe des Hilfsmittels wegen Tod oder anderer Gründe oder nach Beendigung eines Gewährleistungszeitraumes endet die Leistungspflicht des Leistungserbringers.

5. Mit der Vergütungspauschale ebenfalls abgegolten sind neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel gemäß der Produktbeschreibung des Preisanhanges alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere

   - Beratung
   - Einweisung
   - Lieferung
   - Anpassung
   - Erprobung
   - Wartung
   - Reparatur
   - Abholung bzw. unfreie Rücksendung des Hilfsmittels durch den Versicherten
   - Schulung (soweit erforderlich)
   - ggf. ein notwendiger Austausch des Hilfsmittels (innerhalb der gleichen Produktart) und
   - Ersatzgerät bei Reparatur/Wartung

   einschließlich der damit im Zusammenhang anfallenden Personal- und Sachkosten sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Betreuers bzw. einer vom Versicherten oder dessen gesetzlichen Betreuer beauftragten Person in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels. Eigentümer der an die Versicherten gelieferten Hilfsmittel bleibt der Leistungserbringer.

6. Während des gesamten Versorgungszeitraumes, d.h. während der Zeit in der der Versicherte das Hilfsmittel benötigt, ist entsprechend der medizinischen Notwendigkeit eine unverzügliche Versorgung des Versicherten mit sämtlichen Zubehör- und Verbrauchsmaterialien sowie eine Nachbetreuung des Versicherten zu gewährleisten. Die Kosten für diese Leistungen sind mit der Vergütungspauschale abgegolten. Ausnahmen sind im Anhang 01 geregelt. Mehrbedarf kann nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

7. Wird von dem Versicherten eine über das übliche und medizinisch notwendige Maß hinausgehende Menge an Zubehör und Verbrauchsmaterial abgefordert, so ist der Leistungserbringer berechtigt, den Versicherten auf das wirtschaftlich Notwendige zu verweisen. Sollte eine ausführliche Beratung des Versicherten durch den Leistungserbringer ohne Erfolg geblieben sein und die Zubehör- und/oder Verbrauchsmaterialversorgung weiterhin das übliche und medizinisch notwendige Maß übersteigen, wird im Sinne einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit vereinbart, dass die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse den Versicherten darauf hinweist, dass kein Anspruch auf weitere Mengen besteht und im Zweifelsfall eine Prüfung veranlasst wird.

8. Die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einem wieder aufgearbeiteten Hilfsmittel versorgt werden, trifft der Leistungserbringer.

9. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten mittels Empfangsbestätigung über die leistungsrechtlichen Modalitäten der Hilfsmittelversorgung und des Eigentumsvorbehaltes.

10. Bei Abbruch der Behandlung durch den Versicherten innerhalb eines Gewährleistungszeitraumes ist bei späterer Wiederaufnahme innerhalb des Gewährleistungszeitraumes der Behandlung aufgrund der gleichen Diagnose/Indikation bis zum Ende dieses Gewährleistungszeitraumes keine neue Vergütungspauschale abrechnungsfähig. Die erneute Bereitstellung des Gerätes ist einschließlich der erforderlichen Dienstleistungen mit der bereits gezahlten Vergütungspauschale abgegolten. Erfolgt ein Rückholauftrag durch die im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse gilt die Versorgung als beendet.

3.2 Kauf

1. Für preislich nicht geregelte Hilfsmittel gilt grundsätzlich eine Kostenvoranschlagspflicht.

2. Mit dem von der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse genehmigten Preis für das Produkt sind neben der fachgerechten Versorgung mit dem Produkt alle Dienst- und Serviceleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere:

   - Beratung
   - Lieferung
   - Anpassung
   - Schulung (soweit erforderlich)
   - Erprobung
   - umfassende Einweisung des Produktempfängers bzw. dessen Angehörige in den sachgerechten Gebrauch

3.3 Lieferung, Beratung und Einweisung

1. Nach Vorlage der fachärztlichen Verordnung (Schlaflabor, Fachklinik, Facharzt) ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Versorgung mit den ärztlich verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich innerhalb von 48 Stunden sicherzustellen. Im Fall einer genehmigungspflichtigen Versorgung erfolgt die Lieferung bzw. der Beginn der Versorgung ebenfalls innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt der Genehmigung. Bei Ende der 48 Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag (Wohnsitz des Versicherten ausschlaggebend) erfolgt die Versorgung am darauffolgenden Werktag von Montag bis Freitag. Gleiches gilt für die notwendigen Beratungen bzw. Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel.

2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten, dessen beauftragten/gesetzlichen Betreuer oder den Anwender des Hilfsmittels zu beraten sowie in die ordnungsgemäße Handhabung und Pflege des Hilfsmittels und seines Zubehörs einzuweisen. Zu diesem Zweck sind dem Versicherten die Gebrauchsanweisung und die dem Medizinprodukt beigefügten Hinweise auszuhändigen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Krankenhaus, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung im Geschäftsgebiet der Kasse) durchzuführen. Die notwendige Nachbetreuung ist zu gewährleisten.

3. Die Beratungsgespräche haben in deutscher Sprache zu erfolgen. Das Beratungsgespräch ist gem. § 10 des Rahmenvertrages (Anhang 01) zu dokumentieren.

4. Für die Einweisung gilt, dass sie in einer ruhigen Umgebung stattfindet und nach dialogischen und wertschätzenden Prinzipien durchgeführt wird. Die Beratung hat Selbsthilfepotenziale und Kompetenzen des Versicherten zu berücksichtigen.

5. Die Einweisung darf nur durch fachkundiges Personal gem. Ziffer 2.1 dieser Anlage erbracht werden. Gleiches gilt auch bei der Umstellung eines Versicherten auf ein anderes Produkt. Die Einweisungen von Angehörigen, Betreuern oder Pflegepersonen sind in der Vergütung enthalten. Die Kosten für zusätzliche Einweisungen von Pflegediensten werden nicht von der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse übernommen. Die Vorhaltung eingewiesenen Personals ist originäre Aufgabe der Pflegedienste.

6. Die Durchführung der Einweisungen hat sich der Leistungserbringer mit der, Empfangsbestätigung, vom Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuer oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person bestätigen zu lassen.

7. Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Hilfsmittel dieser Anlage und alle zum ordnungsgemäßen/medizinischen Betrieb erforderlichen Zubehöre sowie Zurüstungen für Versicherte der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse frei Haus auszuliefern.

8. Sollte der Leistungserbringer feststellen, dass das Hilfsmittel nicht mehr genutzt wird, ist die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse über die elektronische Plattform in Kenntnis zu setzen.

9. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, vor jeder Lieferung den Bedarf (z.B. noch vorhandene Menge an Verbrauchsmaterialien) festzustellen und einen Liefertermin zu vereinbaren. Die Liefermenge des Verbrauchsmaterials ist angemessen zu gestalten. Den Lieferungen ist ein Lieferschein beizufügen, der Angaben über Art und Anzahl der abgegebenen Leistungen enthält.

10. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, für Schäden und Verluste auf dem Transportweg Ersatz zu leisten, ohne hierfür erneut Kosten mit der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse oder dem Versicherten abzurechnen.

11. Bei Abbruch bzw. Beendigung der Therapie hat der Leistungserbringer sein Hilfsmittel abzuholen. Hat der Leistungserbringer den Versicherten/Angehörigen zweimal (telefonisch oder schriftlich) ohne eine Reaktion des Versicherten/Angehörigen aufgefordert, einen Termin für die Abholung des Hilfsmittels zu vereinbaren, ist dies der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse über die elektronische Plattform unter Beifügung des Musterschreibens (Anhang 04) mitzuteilen. Die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse wird den Sachverhalt mit dem Versicherten/dessen Angehörigen klären und den Leistungserbringer über das weitere Vorgehen informieren.

12. Mit der Vergütungspauschale ist die Abholung oder die Rücksendung des Hilfsmittels, für die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse und den Versicherten kostenneutral, abgegolten.

13. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten, dass er sich zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung bezüglich der Zubehör- und Verbrauchsartikellieferungen, Reparaturen und Wartungen grundsätzlich nur an den Leistungserbringer wenden muss.

3.4 Wohnungs- und Ortswechsel des Versicherten

1. Wurde eine Versorgung durch den Leistungserbringer begonnen, wird auch bei Wohnungs-/Ortswechsel (innerhalb Deutschlands) oder Rehabilitationsmaßnahmen des Versicherten die lückenlose Betreuung innerhalb des laufenden Gewährleistungszeitraumes sichergestellt.

2. Bei vorübergehendem Ortswechsel (z. B. während Reha, Krankenhaus-Aufenthalt, Kurzzeitpflege) erfolgt die Lieferung des Verbrauchs- und Zubehörmaterials an die vom Versicherten gewünschte inländische Adresse

3.5 Information bei fehlender Mitwirkung des Versicherten

1. Verweigert der Versicherte seine Mitwirkung (z.B. Angabe der Betriebsstunden) dem Leistungserbringer gegenüber, so ist dies der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse durch den Leistungserbringer über die elektronische Plattform unter Beifügung des Musterschreibens (Anhang 04) mitzuteilen. Die im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse wird den Versicherten auf die Folgen hinweisen. Die im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse wird den Leistungserbringer über das weitere Vorgehen informieren.

3.6 Sicherheitsleistung bei DLK

1. Für den Fall der Insolvenz oder anderer Gründe (z.B. Geschäftsaufgabe oder ein anderes dem Leistungserbringer zuzurechnendes Leistungshindernis mit ggf. daraus resultierender Kündigung seitens der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse) hat der Leistungserbringer eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft einer deutschen Bank oder Sparkasse oder durch Bürgschaft eines in der Europäischen Union zugelassenen Kreditinstituts oder Kreditversicherers bei der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse zu hinterlegen, um die Fortführung der in diesem Vertrag beschriebenen dienst- und werkvertraglichen Leistungen innerhalb des Zeitraumes bis zum Abschluss eines neuen Vertrages durch die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse sicherzustellen.

2. Die Höhe der Sicherheitsleistung für das erste Jahr der Laufzeit dieses Vertrages beträgt: 20 v.H. vom Jahresumsatz des Vorjahres des Leistungserbringers mit der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse mit den in dieser Anlage geregelten Hilfsmitteln, mindestens jedoch 10.000 €.

3. Die Höhe der Sicherheitsleistung für die folgenden Jahre bemisst sich nach dem oben genannten Berechnungsgrundsatz, jedoch unter Zugrundelegung des aktuellen Jahresumsatzes des jeweiligen Vorjahreszeitraumes. Entsprechend ist die Sicherheitsleistung nach jedem Jahr anzupassen und das aktualisierte Bürgschaftsdokument an die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse im Original weiterzuleiten.

4. Das Datum des Insolvenzantrages oder der Eintritt anderer Leistungshindernisse sind der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.

   Abweichende Regelungen für die teilnehmenden Krankenkassen sind ggf. in den Zusätzen geregelt.

3.7 Gültigkeit des DLK

1. Bereits aufgrund eines ggf. früher schon bestehenden Vertrages mit der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse entstandene oder evtl. entstehende Verpflichtungen bzw. damit zusammenhängende Fristen bleiben von dieser Vereinbarung unberührt. Dies gilt nicht hinsichtlich der mit dieser Vereinbarung neu geregelten Vergütungspauschalen. Bei erneuter Abrechnung einer Vergütungspauschale nach Ablauf eines Gewährleistungszeitraumes hat die jeweils aktuell vereinbarte Vergütungspauschale für das entsprechende Hilfsmittel Gültigkeit.

4 Vergütung

1. Die Vergütung erfolgt gemäß den in den Anhängen geregelten Preisen.

2. Die im Zusammenhang mit den Produktlieferungen anfallenden Service- und Dienstleistungen sind mit der Vergütungspauschale wie in dieser Anlage beschrieben, abgegolten.

3. Sofern Versicherte bereits vor Vertragsbeginn mit Hilfsmitteln dieser Anlage versorgt wurden – laufende Versorgungsfälle – werden diese in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt. Ist der Leistungserbringer auch der bisherige Versorger gewesen, so ist die erste Pauschale nach diesem Vertrag – da es sich nicht um eine Neuversorgung handelt – die Folgevergütungspauschale.
   Ist der Leistungserbringer Neuversorger, so ist die erste Pauschale nach diesem Vertrag – da es sich um eine Neuversorgung handelt- die Erstvergütungspauschale. Eine erneute gesetzliche Zuzahlung ist bei den Folgeversorgungen nach diesem Vertrag nicht zu entrichten.

4.1 Leistungen im Rahmen der Folgeversorgung

1. Die Anzahl der Betriebsstunden der Hilfsmittel dieser Anlage sind durch den Leistungserbringer bei den Versicherten vor Ablauf des ersten Gewährleistungszeitraumes telefonisch, schriftlich oder durch Telemonitoring zu ermitteln. Die Kosten hierfür sind mit der Pauschale abgegolten. Die Betriebsstunden sind auf dem Anhang 04 zu vermerken und der Abrechnung beizufügen. Abweichende Regelungen für die teilnehmenden Krankenkassen sind ggf. in den Zusätzen geregelt.
2. Im Anschluss an die Erstvergütungspauschale kann die Folgevergütungspauschale bei einer Mindeststundenzahl von 1370 Stunden im ersten Versorgungsjahr ohne eine vorherige Genehmigung abgerechnet werden.
3. Wird die Mindeststundenzahl nicht erreicht, ist eine ärztliche Bescheinigung (Muster in Anhang 04 oder Bescheinigung in Form von Muster 16) aus der hervor geht, dass eine geringere Nutzungsdauer medizinisch ausreichend ist, einzuholen. Die ärztliche Bescheinigung ist der Abrechnung beizufügen.
4. Die weiteren Folgevergütungspauschalen sind ohne Nachweis der Betriebsstunden direkt abrechnungsfähig

5. Reparaturen und Wartungen DLK

1. Die für die Reparatur benötigten Ersatz- und Zubehörteile sind in ausreichender Menge für die gelieferten Hilfsmittel (DLK) vorzuhalten.

2. Diese Regelungen gelten mit Inkrafttreten dieses Vertrages auch für Hilfsmittel (nach diesem Vertrag), die sich zu diesem Zeitpunkt beim Versicherten befinden.

3. Für Reparaturen und Wartungen sind keine ärztlichen Verordnungen notwendig.

4. Notwendige Reparaturen, Ersatzteillieferungen und Lieferungen von Zubehör und Zurüstungen, die lt. Anhang 01 in der Vergütungspauschale enthalten sind, werden im pflichtgemäßen Ermessen des Leistungserbringers spätestens nach 48 Stunden durchgeführt. Bei Ende der 48 Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauf folgenden Werktag.

5. Wenn eine Reparatur nicht sofort möglich ist, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten. einen adäquaten Ersatz unentgeltlich zur Verfügung. Ist eine Reparatur nicht möglich oder nicht zielführend, tauscht der Leistungserbringer das Gerät ohne Kostenberechnung gegenüber der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse bzw. dem Versicherten aus.

6. Zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken nimmt der Leistungserbringer die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen, sofern erforderlich, vor. Dazu übernimmt der Leistungserbringer den Rückruf der Geräte zu den jeweiligen Prüfungsterminen und versorgt den Versicherten, sofern die Möglichkeit zur Wartung und Prüfung vor Ort beim Versicherten

nicht gegeben ist, mit einem adäquaten Ersatzgerät für die Dauer der Prüfung. Die entstehenden Kosten sind mit der Vergütungspauschale abgegolten.

7. Wartungen sind nach den Vorgaben des Herstellers durchzuführen. Die vom Hersteller vorgeschriebenen Prüfintervalle sind zu beachten, soweit diese von den Vorschriften des MPG abweichen.

8. Schäden am Hilfsmittel sind durch den Leistungserbringer ohne Kostenberechnung gegenüber der im Rahmenvertrag genannten Krankenkassen zu beseitigen.

5.3 Reparaturen und Wartungen (Kauf)

1. Für preislich nicht geregelte Hilfsmittel, Ziffer 3.2., Kauf, gilt bei Reparatur oder Wartung das Einreichen eines Kostenvoranschlages über die elektronische Plattform. Die Durchführung der Reparatur oder der Wartung erfolgt nach Genehmigung der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse. Reparaturen und Wartungen werden nach Genehmigung im pflichtgemäßen Ermessen des Leistungserbringers spätestens nach 48 Stunden durchgeführt. Bei Ende der 48 Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauf folgenden Werktag.

2. Für Reparaturen und Wartungen sind keine ärztlichen Verordnungen notwendig.

6. Dokumentation

Grundsätzlich ist der gesamte patientenbezogene Versorgungverlauf zu dokumentieren. Nachfolgend genannte Dokumentationen sind auf Anforderung der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse innerhalb von 5 Werktagen (Montag bis Freitag) vorzulegen.

Die Dokumentation umfasst folgende Mindestinhalte:

- Bezeichnung des abgegebenen Hilfsmittels mit 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer
- Name des Versicherten mit Angabe der Krankenversicherungsnummer (KVNR)
- Datum des Kontaktes zum Versicherten
- Eignung der Versorgung und Zufriedenheit des Versicherten
- Datum der Maßnahme
- kurze Beschreibung des Inhaltes der Maßnahme
- Name des Mitarbeiters des Leistungserbringers

6.1 Dokumentation der Beratung

Nachweis der Beratung bei Nichterreichen der Mindestbetriebsstundenzahl, Punkt 4.1, Ziffer 3. Hier sind zusätzlich Angaben über

- Häufigkeit der Kontakte zum Versicherten (gemäß den vertraglichen Anforderungen und bei Bedarf)
- Angabe zu Art der Maßnahme (mindestens Maskenberatung,-anpassungen, Beratung im Umgang mit dem CPAP Gerät)

zu dokumentieren.

6.2 Dokumentation von Beschwerden

Beschwerden von Versicherten oder deren Angehörigen/Betreuer sind zu dokumentieren. Dabei sind zusätzlich folgende Inhalte zu erfassen:

- Datum Eingang der Beschwerde
- Art der Beschwerde, schriftlich, telefonisch oder elektronisch (z.B. per E-Mail)
- Inhalt der Beschwerde
- Datum der Kontaktaufnahme zum Beschwerdeführer
- Wesentlicher Inhalt des Gespräches zur Abhilfe der Beschwerde (in Notizform)
- Ergebnis des Abhilfeversuches
- Ggf. weitere erforderliche Maßnahmen, die sich aus der Beschwerde ergeben
- Datum des Beschwerdeabschlusses

Anhang 01 zu Anlage 1 Produkte - Konditionen CPAP- Geräte und CPAP-Spezialgeräte der Produktarten 14.24.20.0 bis 14.24.25.1

1. CPAP- Systeme und Auto- CPAP- Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

Produktbezeichnung	CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	Auto-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
Positionsnummer	14.24.20.0... 14.24.20.1...	14.24.21.0... 14.24.21.1...
Produktbeschreibung	gem. Hilfsmittelverzeichnis für **14.24.20.0** CPAP ein Druckniveau **14.24.20.1** CPAP ein Druckniveau mit integriertem Anfeuchter	gem. Hilfsmittelverzeichnis für **14.24.21.0** Auto CPAP **14.24.21.1** Auto CPAP mit integriertem Anfeuchter
Zubehör und Zurüstungen nach medizinisch notwendigem individuellen Bedarf (in der Dienstleistungspauschale enthalten)	alle zum ordnungsgemäßen Betrieb erforderlichen Zubehöre und Zurüstungen: z.B. Atemschlauch, Filter, Ersatzsicherung, Masken, Full-Face-Masken, Kalt-Warmluftbefeuchter	
Ausnahmen von der Dienstleistungspauschale	Individualgefertigte Gesichtsmasken Sicherheitstechnische Kontrolle	
Erstversorgung		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	08 - Erstvergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Nettobetrag	**210,00 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	ja	

Erste Folgepauschale (im Anschluss an Erstversorgung)		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Produktbesonderheit		0504000000
Art der Produktbesonderheit	Mindeststundenzahl ab 1370 Std. in 12 Monaten	Mindeststundenzahl unter 1370 Std. in 12 Monaten mit ärztl. Bescheinigung
Nettobetrag	**210,00 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	
Weitere Folgepauschalen		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Nettobetrag	**210,00 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	

2. Bilevel- Systeme und Auto Bilevel CPAP System zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

Produktbezeichnung	Bilevel-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	Auto Bilevel CPAP Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen
Positionsnummer	14.24.22.0... 14.24.22.1...	14.24.23.0... 14.24.23.1...
Produktbeschreibung	gem. Hilfsmittel-verzeichnis für **14.24.22.0** Bilevel CPAP zwei Druckniveaus **14.24.22.1** Bilevel CPAP zwei Druckniveaus mit integriertem Anfeuchter	gem. Hilfsmittelverzeichnis für **14.24.23.0** Auto Bilevel CPAP **14.24.23.1** Auto Bilevel CPAP mit integriertem Anfeuchter
Zubehör und Zurüstungen nach medizinisch notwendigem individuellen Bedarf (in der Dienstleistungspauschale enthalten)	alle zum ordnungsgemäßen Betrieb erforderlichen Zubehöre und Zurüstungen: z.B. Atemschlauch, Filter, Ersatzsicherung, Masken, Full-Face-Masken, Kalt-Warmluftbefeuchter	
Ausnahmen von der Dienstleistungspauschale	Individualgefertigte Gesichtsmasken Sicherheitstechnische Kontrolle	
Erstversorgung		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	08 - Erstvergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Nettobetrag	**400,00 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	ja	

Erste Folgepauschale (im Anschluss an Erstversorgung)		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Produktbesonderheit		0504000000
Art der Produktbesonderheit	Mindeststundenzahl ab 1370 Std. in 12 Monaten	Mindeststundenzahl unter 1370 Std. in 12 Monaten mit ärztl. Bescheinigung
Nettobetrag	**400,00 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	
Weitere Folgepauschalen		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Nettobetrag	**400,00 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	

3. Bilevel CPAP System zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen mit ST Funktion

Produktbezeichnung	Bilevel CPAP Systeme zur Behandlung atembezogener Schlafstörungen mit ST Funktion
Positionsnummer	14.24.24.0... 14.24.24.1...
Produktbeschreibung	gem. Hilfsmittelverzeichnis für **14.24.24.0** Bilevel CPAP mit ST Funktion **14.24.24.1** Bilevel CPAP mit ST Funktion und integriertem Anfeuchter
Zubehör und Zurüstungen nach medizinisch notwendigem individuellen Bedarf (in der Dienstleistungspauschale enthalten)	alle zum ordnungsgemäßen Betrieb erforderlichen Zubehöre und Zurüstungen z.B. Atemschlauch, Filter, Ersatzsicherung, Masken, Full-Face-Masken, Kalt-Warmluftbefeuchter
Ausnahmen von der Dienstleistungspauschale	Individualgefertigte Gesichtsmasken Sicherheitstechnische Kontrolle
Erstversorgung	
Kennzeichen **Hilfsmittel (KZH)**	08 - Erstvergütungspauschale
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate
Nettobetrag	**737,50 EUR**
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; **2=ermäßigte MwSt.)**	1
Beantragung **(VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)**	Direkt abrechenbar
Ärztliche Verordnung	ja

Erste Folgepauschale (im Anschluss an Erstversorgung)		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Produktbesonderheit		05040000000
Art der Produktbesonderheit	Mindeststundenzahl ab 1370 Std. in 12 Monaten	Mindeststundenzahl unter 1370 Std. in 12 Monaten mit ärztl. Bescheinigung
Nettobetrag	**737,50 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	
Weitere Folgepauschalen		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Nettobetrag	**737,50 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	

4. Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen

Produktbezeichnung	Spezialgeräte zur Behandlung atembezogener Schlafstörungen
Positionsnummer	14.24.25.0... 14.24.25.1...
Produktbeschreibung	gem. Hilfsmittelverzeichnis für **14.24.25.0** Spezialgerät bei periodischer Atmung mit kardiorespiratorischer Insuffizienz **14.24.25.1** Spezialgerät bei periodischer Atmung mit kardiorespiratorischer Insuffizienz mit integriertem Anfeuchter
Zubehör und Zurüstungen nach medizinisch notwendigem individuellen Bedarf (in der Dienstleistungspauschale enthalten)	alle zum ordnungsgemäßen Betrieb erforderlichen Zubehöre und Zurüstungen z.B. Atemschlauch, Filter, Ersatzsicherung, Masken, Full-Face-Masken, Kalt-Warmluftbefeuchter
Ausnahmen von der Dienstleistungspauschale	Individualgefertigte Gesichtsmasken Sicherheitstechnische Kontrolle
Erstversorgung	
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	08 - Erstvergütungspauschale
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate
Nettobetrag	**1.287,50 EUR**
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar
Ärztliche Verordnung	ja

Erste Folgepauschale (im Anschluss an Erstversorgung)		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Produktbesonderheit		0504000000
Art der Produktbesonderheit	Mindeststundenzahl ab 1370 Std. in 12 Monaten	Mindeststundenzahl unter 1370 Std. in 12 Monaten mit ärztl. Bescheinigung
Nettobetrag	**1.287,50 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige ; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	
Weitere Folgepauschale		
Kennzeichen Hilfsmittel (KZH)	09 - Folgevergütungspauschale	
Gewährleistungszeitraum (GLZ)	12 Monate	
Nettobetrag	**1.287,50 EUR**	
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss (1=volle MwSt.; 2=ermäßigte MwSt.)	1	
Beantragung (VA=Versorgungsanzeige ; KV=Kostenvoranschlag)	Direkt abrechenbar	
Ärztliche Verordnung	nein	

Leistungen im Rahmen des Gerätewechsels

Sofern während eines Gewährleistungszeitraumes der Austausch eines Produktes gegen ein Produkt dieses Anhanges, für welches eine höhere Versorgungspauschale vereinbart ist (wie unter Punkt 2,3 oder 4 dieses Anhangs benannt), erforderlich werden sollte, ist hierfür eine fachärztliche Verordnung (Schlaflabor/Facharzt) mit einer Begründung für die notwendige Therapieumstellung erforderlich. Für den Gerätetausch gilt die jeweilige Erstvergütungspauschale (KZH 08) und kann direkt abgerechnet

werden. Die ärztliche Verordnung ist als abrechnungsbegründende Unterlage mit einzureichen. Eine vorherige Versorgungsanzeige ist nicht erforderlich.

Anhang 02 zu Anlage 1 Versorgung mit CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten der Produktgruppe 14

Individuell gefertigte Masken

Produktgruppe	**Inhalations- und Atemtherapiegeräte**
Produktart	Individuell angefertigte Masken
Abrechnungspositionsnummer	14.24.19...
Produktbezeichnung	Individuell angefertigte Masken
Produktbeschreibung	Individual- Sondermasken nach Gesichtsabdruck
Kennzeichen Hilfsmittel	00 - Neulieferung 04 - Nachlieferung
Nettobetrag	nach Kostenvoranschlag
Mehrwertsteuer bei Vertragsabschluss **(1=volle MWSt.; 2=ermäßigte MWSt.)**	1
Beantragung	Kostenvoranschlag

Leistungen im Rahmen der individuell angefertigten Masken

Maßangefertigte Spezialmasken können nur in medizinisch begründeten Fällen (z.B. extremen Gesichtsdeformitäten) abgerechnet werden, wenn verschiedene konfektionierte Masken getestet wurden, aber aus medizinischen Gründen nicht eingesetzt werden können. Eine gesonderte ärztliche Begründung ist erforderlich. Diese ist dem Kostenvoranschlag beizufügen.

Anhang 03 zu Anlage 1 Versorgung mit CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten der Produktgruppe 14

Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung (Dienstleistungskonzept)

Adressdaten des Leistungserbringers:

IK Nummer:

Name der/des Versicherten
KVNR
Hilfsmittel
Hersteller
Hilfsmittelnummer
Ident-/Seriennummer

Das Hilfsmittel wurde übergeben von Frau / Herrn

Mit der Lieferung tritt folgende Vereinbarung in Kraft:

Ich erkläre hiermit, dass ich das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten habe. Ich wurde in den Gebrauch des Hilfsmittels und die Nutzung des Zubehör- und Verbrauchsmaterial ausführlich eingewiesen.

Ich verpflichte mich

1. für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
2. Beschädigungen, die von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten beheben zu lassen,
3. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern (bei Beschädigung durch Dritte ist [[FIRMA]] unverzüglich ein Schadenprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln. Bei Diebstahl ist eine Kopie der polizeilichen Anzeige und der Schadensmeldung für die Hausrat-Haftpflichtversicherung bei der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse einzureichen.),
4. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
5. die im Rahmenvertrag genannte Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.

Schäden und Verschleißerscheinungen jeder Art sind der [FIRMA] unverzüglich anzuzeigen. Die Hilfsmittel sind der [[FIRMA]] zur Reparatur zu überlassen. Eine Gewährleistung im Falle von Reparaturen und Wartungen durch Fremdfirmen erfolgt nicht, es sei denn, die [[FIRMA]] hat im Vorfeld ihr Einverständnis dazu erklärt.

Das Hilfsmittel sowie Zubehöre bleiben Eigentum des Lieferanten. Wenn die medizinischen Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an die [[FIRMA]] zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit der Firma oder der im Rahmenvertrag genannten Krankenkasse in Verbindung.

Adress- und Namensänderungen sind der [FIRMA] mitzuteilen. Soweit es für die Erfüllung der Rechte und Pflichten aus der Hilfsmittelversorgung erforderlich wird, ist die im Rahmenvertrag genannte

Krankenkasse befugt, eine evtl. geänderte Anschrift der [FIRMA] zu übermitteln. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen der [FIRMA].

Von den vorstehenden Bedingungen habe ich Kenntnis genommen:

Ort Datum	Unterschrift des Versicherten*

*Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person.

Anhang 04 – zu Anlage 1 Versorgung mit CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten der Produktgruppe 14

Nachweis Gerätenutzung

Vom Leistungserbringer auszufüllen:

Angaben zum Versicherten: Herr / Frau: _____ Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ KV-Nummer: _____ **Angaben zum Gerät:** Modell: _____ Hersteller: _____	
☐ **es erfolgte ein Gerätewechsel**	**Modell:** _____ **Hersteller:** _____
erhielt o.g. Schlafapnoegerät zur häuslichen Therapie am: _____	

☐ **Anbei erhalten Sie den ausgefüllten Nutzungsbogen des Versicherten**

☐ **Gerät wird lt. Auskunft des Versicherten nicht mehr genutzt**

☐ **Fehlende Mitwirkung des Versicherten:** (bitte Angabe über Art der fehlenden Mitwirkung)

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Vertragspartners

Anhang 04 – zu Anlage 1 Versorgung mit CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten der Produktgruppe 14

Nachweis Gerätenutzung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
KV-Nummer:	

Die Ermittlung der Betriebsstunden erfolgte

☐ schriftlich ☐ telefonisch ☐ per Telemonitoring

Das Gerät wurde wie folgt genutzt:			
In der Zeit vom:		bis:	
Zählerstand alt:		Zählerstand neu:	
Zählerstand alt:*		Zählerstand neu:*	
Genutzte Stunden insgesamt:			
Gerätename:		Hersteller:	

* Diese Felder sind nur auszufüllen, wenn das Gerät im maßgeblichen Zeitraum ausgetauscht wurde.

<u>Angabe nur notwendig, sofern die Gerätenutzung unter 1.370 Stunden im ersten Versorgungsjahr liegt:</u>

☐ Den ausgefüllten Fragebogen meines Facharztes / Schlaflabors oder eine entsprechende ärztliche Verordnung füge ich bei.

☐ Den ausgefüllten Fragebogen meines Facharztes / Schlaflabors oder eine entsprechende ärztliche Verordnung reiche ich nach.

Ich werde das Hilfsmittel weiter nutzen	☐ ja	☐ nein
Feld für Bemerkungen:		
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Die von mir angegebene Nutzungsdauer entspricht dem Zählerstand des von mir verwendeten Gerätes.		
Ort, Datum	Unterschrift	

Anhang 04 – zu Anlage 1 Versorgung mit CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten der Produktgruppe 14

Nachweis Gerätenutzung

Vom Facharzt bzw. Schlaflabor auszufüllen:

Hinweis für den Facharzt bzw. das Schlaflabor:
Mit diesem Formular ist eine vereinfachte und schnellere Bearbeitung möglich. Wird das zur Verfügung gestellte Gerät vom Patienten weniger als 1.370 Std. im ersten Versorgungsjahr genutzt, bedarf es einer entsprechenden fachärztlichen Begründung oder einer solchen eines Schlaflabors für die weitere Nutzung. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen. Alternativ kann die Notwendigkeit für die weitere Nutzung auch auf einer Verordnung nach Muster 16 erfolgen.

Die Nutzung des Gerätes erbrachte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten	☐ ja	☐ nein
Der Patient akzeptiert die weitere Nutzung des Hilfsmittels	☐ ja	☐ nein
Wegen fehlender Akzeptanz des Patienten wird die Therapie abgebrochen	☐ ja	☐ nein
Eine weitere Nutzung des Hilfsmittels wird empfohlen	☐ ja	☐ nein
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Facharztes / Schlaflabors	

Protokollnotiz

zum Vertrag über die Versorgung CPAP-Geräten und CPAP-Spezialgeräten nach § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen der

hkk
Martinistr. 26
28195 Bremen

– nachstehend hkk genannt –

und

XXX
XXX
XXX

- nachstehend Leistungserbringer genannt –

Der Leistungserbringer und die hkk vereinbaren in Ergänzung des genannten Hilfsmittellieferungsvertrages (Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) XX XX XXX) folgende Regelungen:

1. Abweichend von Anhang 01 zu Anlage 1 Produkte – Konditionen CPAP-Geräte und CPAP-Spezialgeräte der Produktarten 14.24.20.0 bis 14.24.5.1 gelten ab Inkrafttreten dieser Vereinbarung – unter Angabe des LEGS 19 92 350 – folgende Vergütungen:

Hilfsmittel-positions-nummer	Hilfsmittelkennzeichen	Produkt-besonderheit	Text	Preis netto
14.24.20.0 14.24.20.1 14.24.21.0 14.24.21.1	08			226,80 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)		Mindeststundenzahl ab 1.370 Stunden in 12 Monaten	218,40 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)	0504000000	Mindeststundenzahl unter 1.370 Stunden in 12 Monaten mit Anhang 04 bzw. ärztl. Bescheinigung	
	09 (weitere Folgevergütungspau-schalen)			
14.24.22.0 14.24.22.1 14.24.23.0 14.24.23.1	08			432,00 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)		Mindeststundenzahl ab 1.370 Stunden in 12 Monaten	416,00 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)	0504000000	Mindeststundenzahl unter 1.370 Stunden in 12 Monaten mit Anhang 04 bzw. ärztl. Bescheinigung	
	09 (weitere Folgevergütungspau-schalen)			
14.24.24.0 14.24.24.1	08			796,50 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)		Mindeststundenzahl ab 1.370 Stunden in 12 Monaten	767,00 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)	0504000000	Mindeststundenzahl unter 1.370 Stunden in 12 Monaten mit Anhang 04 bzw. ärztl. Bescheinigung	
	09 (weitere Folgevergütungspau-schalen)			
14.24.25.0 14.24.25.1	08			1.390,50 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)		Mindeststundenzahl ab 1.370 Stunden in 12 Monaten	1.339,00 €
	09 (1. Folgevergütungspauschale)	0504000000	Mindeststundenzahl unter 1.370 Stunden in 12 Monaten mit Anhang 04 bzw. ärztl. Bescheinigung	
	09 (weitere Folgevergütungspau-schalen)			

Der LEGS 19 92 350 ist für die Regelungen gemäß dieser Vereinbarung maßgeblich und im Kostenvoranschlags- und/oder Abrechnungsverfahren entsprechend der Genehmigungspflicht/-freiheit zwingend anzugeben.

2. Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2023 in Kraft. Maßgeblich ist das Datum der Verordnung beziehungsweise bei Folgevergütungspauschalen ohne Verordnungserfordernis das Beginn-Datum des Versorgungszeitraumes (frühestens zum 01.01.2023).

3. Bereits genehmigte Kostenvoranschläge behalten ihre Gültigkeit und sind entsprechend der Genehmigung mit der hkk abzurechnen.

4. Diese Vereinbarung kann abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 des Rahmenvertrages von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten, erstmals zum 31.12.2023, ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge, Anlagen sowie der Protokollnotiz mit ein.

Ort, Datum	Unterschrift Leistungserbringer
Ort, Datum	Unterschrift hkk