

RAHMENVERTRAG

zwischen der

**Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg
- im Folgenden TK genannt -**

und der

**BARMER
Lichtscheider Str. 89,
42285 Wuppertal
- im Folgenden BARMER genannt -**

und der

**Handelskrankenkasse
Martinistraße 26
28195 Bremen
- in Folgenden hkk genannt -**

und der

**HEK - Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86 - 90
22041 Hamburg
- im Folgenden HEK genannt -**

und

Leistungserbringer

**Adresse
PLZ Ort**

- im Folgenden Leistungserbringer* genannt -

Hinweis: Der Beitritt zum Vertrag erfolgt für jede Krankenkasse separat. Bitte beachten Sie die Regelungen der jeweiligen Krankenkasse.

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

Präambel

Die TK, die BARMER, die hkk und die HEK (im Folgenden Krankenkassen genannt) kooperieren im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft bei der Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln. 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 spätestens 14 Tage vor Vertragsbeginn jeweils eine Teilnehmerliste nach dem von der jeweiligen Kasse im Vorfeld zur Verfügung gestellten Muster zur Verfügung.
4. Neue Filialen müssen den Krankenkassen 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 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 übermittelt. Änderungen sind den Krankenkassen 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:
 - Anlage 1
Allgemeine Anforderungen zum Versorgungskonzept und Qualitätsbeschreibungen zur Versorgung
 - Anhang 1 zur Anlage 1
Produktanforderungen und Preisvereinbarung
 - Anhang 2 zur Anlage 1

-Zusatz A 1 TK / Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

- Zusatz A 2 BARMER / Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

- Zusatz A3 hkk / Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

- Zusatz A 4 HEK / 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. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die jeweilige Kasse sie schriftlich (E-Mail ist ausreichend) bestätigt hat.
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 der 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. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und den Krankenkassen auf Verlangen nachzuweisen.
4. Die Anforderungen gemäß Ziffer 1 bis 3 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 A4 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 Versorgungsleistungen 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. Wird im Rahmen der Beantragung oder des Abrechnungsprozesses festgestellt, dass keine Zugehörigkeit zur Kasse besteht, werden keine Kosten durch die benannte 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 geklärteter 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 Bevollmächtigten 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 Versorgungsleistungen 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 Produkthanforderung

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 Zubehör im Sinne des § 3 Nr. 9 MPG.
5. Die Pflichten aus dem Vertrag erlöschen, wenn Umstrukturierungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu unangemessener Benachteiligung des Leistungserbringers führen. In diesen Fällen einigen sich die Vertragsparteien auf das weitere Vorgehen. Sollte keine Einigung zustande kommen, steht dem Leistungserbringer ein außerordentliches Kündigungsrecht mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende zu.

§ 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 und 5 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 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 Wochen nicht erreichen/antreffen konnte.

§ 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. Darüber hinausgehende 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 verzichtet den Krankenkassen auf eine Unterschrift.

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.

Die Beratung kann im Zusammenhang mit dem Hauptprodukt der Hilfsmittelversorgung erfolgen.

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.
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. Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten gemäß § 127 Abs. 7 SGB V. Den Krankenkassen steht es frei, die Qualität der Versorgung aus diesem Vertrag in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
6. 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 Versorgungsleistungen 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.
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 die 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 A4 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. Versorgungsleistungen, 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 hat den 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
 - 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 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) 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,
 - l) der Leistungserbringer gemäß § 7 Ziffer 1 ausgeschlossene privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten trifft,
 - m) 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,
 - n) die Sicherheitsleistung gemäß § 2 nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingereicht wird,
 - o) 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.
8. 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 A4 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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:
 - TK ab dem 01.08.2021
 - BARMER ab dem 01.08.2021
 - hkk ab dem 01.08.2021
 - HEK ab dem 01.08.2021
2. Der Vertrag und seine Anlagen, Anhängen und Zusätze können mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.07.2022 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 gilt der Rahmenvertrag als gekündigt.
5. Jede Kasse hat das Recht den Vertrag einzeln für sich zu kündigen und der Leistungserbringer hat das Recht dies gegenüber einer einzelnen teilnehmenden Kasse zu tun.

§ 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.

Hamburg, den
Techniker Krankenkasse

Ort, den

Wolfgang Flemming
Fachbereichsleiter

Unterzeichner

Wuppertal, den
Barmer

Frau Vera Gansen: Abteilungsleiterin
Frau Susanne Eschmann: Teamleiterin

Bremen, den
hkk

Alexander Eisele
Abteilungsleiter Versorgungsmanagement Heil-/Hilfsmittel, Kuren/Reha

Hamburg, den
HEK

Axel Kreuzfeldt
Stellvertreter des Vorstandes