



Rahmenvertrag über die Versorgung mit Apparaten zur Kompressionstherapie

gemäß § 127 Absatz 1 SGB V

zwischen der

XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX

Institutionskennzeichen: XXX XXX XXX

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und der

hkk
vertreten durch den Vorstand
Martinstraße 26
28195 Bremen

- nachfolgend hkk genannt -

Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 92 237

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der hkk mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gemäß den Anlagen dieses Vertrages.

Bestandteile des Vertrages sind

- der Rahmenvertrag
- Anhang 1 – Regelungen zum Kostenvoranschlag
- Anhang 2 – Abrechnungsregelung
- Anhang 3 – Bestätigung über die Durchführung der Beratung
- Anhang 4 – Mehrkostenerklärung
- Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Apparaten zur Kompressionstherapie

§ 2 Vertragsteilnahme

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass über die vereinbarte Vertragslaufzeit die nachfolgenden Bestimmungen erfüllt werden. Er ist zur Leistungserbringung nach Maßgabe dieses Vertrages verpflichtet.

(2) Voraussetzung für die Vertragsteilnahme ist eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Eignung hat der Leistungserbringer grundsätzlich durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V nachzuweisen.

(3) Der Nachweis nach Absatz 2 ist von den Leistungserbringern gegenüber der hkk auf Anforderung zu übermitteln.

(4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, ausschließlich die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages abzugeben, für die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine gültige Präqualifizierung vorliegt. Endet die Präqualifizierung und wird keine unmittelbare Folge-Präqualifizierung erteilt, ist für eine erneute Versorgungsberechtigung ein erneuter Vertragsbeitritt erforderlich.

(5) Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich auf der hkk-Homepage. Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei der hkk eingeht. Ist der Leistungserbringer Mitglied eines Verbandes, mit dem dieser Vertrag geschlossen wurde, ist der Vertragsbeitritt über den Verband und nicht in Form eines Einzelbeitrittes vorzunehmen.

(6) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie seiner Anhänge und Anlagen bedürfen der Schriftform und wirken unmittelbar gegenüber den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern, Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern. Die hkk informiert die teilnehmenden Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbrin-

gern 6 Wochen vor Wirksamwerden etwaiger Ergänzungen oder Änderungen. Ab Bekanntgabe besteht für die beigetretenen Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern ein Sonderkündigungsrecht innerhalb von 6 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen oder Ergänzungen, ohne Angabe von Gründen. Maßgeblich für die Wirksamkeit der Kündigung ist der Zugang der Kündigungserklärung bei der hkk.

§ 3 Geltungsbereich

Der Vertrag berechtigt und verpflichtet den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der hkk sowie aller betreuten Anspruchsberechtigten über den Fachhandel in Geschäftslokalen und – soweit erforderlich – sowohl im häuslichen (bei Erfordernis) als auch stationären Bereich (Pflegeheim) innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Erfasst von diesem Vertrag sind auch notwendige Versorgungsleistungen im Rahmen einer Krankenhausentlassung.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nachfolgenden einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften zu beachten. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 126 Absatz 1a SGB V für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel. Die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Leistungserbringer erfüllt zudem während der Vertragslaufzeit die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen.

(2) Der Leistungserbringer setzt zur unmittelbaren Versorgung und Beratung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein, das über die Fachkunde und die erforderlichen Mittel zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Regelungen verfügt. Der Leistungserbringer erfüllt die in den Präqualifikierungskriterien genannten personellen Anforderungen.

Dabei werden insbesondere Kenntnisse in den Bereichen des Medizinproduktegesetzes (MPG), den Hilfsmittelrichtlinien, den Leitlinien und der Hygienerichtlinien entsprechend dem jeweils aktuellsten Stand vorausgesetzt. Über die gesamte Vertragslaufzeit beziehungsweise über den gesamten Versorgungszeitraum stellt der Leistungserbringer eine qualitätsgerechte Versorgung sicher. Produktspezifische Besonderheiten sind in den Anlagen geregelt.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen und Produktschulungen teilnimmt und sich durch Fortbildungsmaßnahmen auf dem neuesten fachlichen Stand bewegt. Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen hat der Leistungserbringer personenbezogen zu dokumentieren. Diese Nachweise sind der hkk auf ihr Verlangen vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

(3) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen ist während der gesamten Laufzeit des Vertrages sicherzustellen. Er hat die erforderlichen und geeigneten Geräte, Arbeitsmittel und Räumlichkeiten vorzuhalten, die eine fach- und fristgerechte Ver-

sorgung ermöglichen.

(4) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Kodex Medizinprodukte der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesfachverbands Medizinprodukte e. V. ist zu beachten.

(5) Es darf keine Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln abgelehnt werden, insbesondere nicht aus wirtschaftlichen Gründen. Ausgenommen hiervon sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse. Im Streitfalle hat der Leistungserbringer auf Basis vorgenannter Parameter gegenüber der hkk die Gründe für eine Ablehnung der Versorgung unverzüglich schriftlich nachzuweisen. Eine Risiko-selektion ist nicht zulässig und gilt als Vertragsverstoß gemäß § 13 dieses Vertrages.

(6) Sofern eine oder mehrere Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei einem Leistungserbringer entfallen, hat der Leistungserbringer die hkk unverzüglich schriftlich zu informieren. Auf Anforderung der hkk hat der Leistungserbringer das Vorliegen der Voraussetzungen durch geeignete Nachweise darzulegen.

(7) Die hkk kann die Qualität der Versorgungen in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Versichertenbefragungen, Betriebsstättenbesichtigungen oder andere geeignete Mittel, überprüfen. Die Betriebsstättenbesichtigung kann jederzeit innerhalb der üblichen Betriebszeiten unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Werktagen erfolgen. Der Leistungserbringer gewährt den ungehinderten Zutritt zu den versorgungsrelevanten, technischen Bereichen der Betriebsstätte sowie unter Vorlage einer schriftlichen Einwilligungserklärung des Versicherten die Einsicht in die Dokumentationen der erbrachten Leistungen. Die hkk kann zur Prüfung der leistungsrechtlichen medizinischen Voraussetzungen den Medizinischen Dienst hinzuziehen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen sind zu berücksichtigen.

(8) Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses zu Lasten der hkk ist das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Originalverordnung (Muster 16). Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung bei der hkk vertragskonform per Kostenvoranschlag eingereicht wurde (Datum des Eingangs des Kostenvoranschlages ist maßgeblich) – es sei denn, dass medizinische Gründe eine Überschreitung dieser Frist rechtfertigen. 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 wird.

(9) Vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen sind der hkk vor der Durchführung einer Versorgung ein Kostenvoranschlag, die ärztliche Verordnung und gegebenenfalls weitere Unterlagen zur Genehmigung einzureichen. Es gelten die Regelungen in den Anlagen.

Sofern in den nachfolgenden Bestimmungen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlags (Auftragserteilung) durch die hkk

gemäß § 2 Absatz 2 SGB V entsprechend des Sachleistungsprinzips. Kosten, die vor Auftragserteilung entstehen, kann der Leistungserbringer grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei der hkk geltend machen. Privatrechtliche Vereinbarungen des Leistungserbringers mit dem Versicherten, die darauf gerichtet sind, das gesetzliche Sachleistungsprinzip zu umgehen, gelten vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung als schwerwiegender Vertragsverstoß, der die hkk zur sofortigen Vertragskündigung berechtigt. Ausnahmsweise ist der Abschluss einer privatrechtlichen Vereinbarung zulässig, wenn der Versicherte ausdrücklich die Hilfsmittelversorgung vor der Kostenübernahme der hkk verlangt. Der Versicherte muss dabei umfassend schriftlich über die hiermit verbundenen finanziellen Risiken aufgeklärt werden. Die Kosten, die der Versicherte im Falle einer Ablehnung für das Hilfsmittel durch die hkk tragen müsste, müssen der Vergütung des vorliegenden Hilfsmittellieferungsvertrages entsprechen. Für diese Vereinbarung gilt das Schriftformerfordernis.

§ 5 Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Versorgung mit Hilfsmitteln des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß den Anlagen dieses Vertrages regelt insbesondere folgende Dienst- und Lieferleistungen:

- die Auslieferung des Hilfsmittels am Einsatzort,
- eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten,
- die Bedarfsfeststellung, die hilfsmittelbezogene Beratung der Versicherten einschließlich der Auswahl der geeigneten Hilfsmittel und der gegebenenfalls notwendigen Erprobungsphase und die Einweisung der Versicherten in den sachgerechten Umgang im Gebrauch der Hilfsmittel, einschließlich der sachgerechten Pflege,
- Änderungen, Instandsetzungen und notwendige Ersatzbeschaffungen. Die Rechte der hkk bei Mängeln ergeben sich aus den gesetzlichen Vorschriften.

(2) Bei der erstmaligen Belieferung sollte der Versicherte durch den Leistungserbringer im verständenen Eigeninteresse darauf hingewiesen werden, dass

- der Versicherte verpflichtet ist, ärztliche Verordnungen, die im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln und Leistungen stehen nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Im Falle einer Mehrfachversorgung werden die entstandenen Mehrkosten nicht von der hkk übernommen. Die so entstandenen Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.
- der Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes oder einem Wechsel der Krankenkasse unverzüglich nach Bekanntwerden zu informieren ist.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung mit den vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln in der Regel innerhalb von fünf Werktagen nach Eingang der Kostenzusage sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Gleiches gilt für erforderliche Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Fertigstellungszeitpunkt beziehungsweise zum Reparaturzeitpunkt, ist unter Berücksichtigung der medizinischen Anforderungen zulässig. Ist für die

jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht in der Frist gemäß Satz 1 beschafft werden, stellt der Leistungserbringer dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels zur Verfügung. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für individuell handwerklich gefertigte Produkte, Produkte mit individueller handwerklicher Zurichtung oder körpernahe nicht wiederverwendbare Hilfsmittel.

(4) Es gelten die Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses (§ 139 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung, gegebenenfalls in Verbindung mit den ergänzenden Ausführungen der Anhänge.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Versorgung nach Absatz 1 zu den Konditionen sicherzustellen, wie sie in den Anlagen vereinbart wurden. In Abzug zu bringen sind gegebenenfalls lediglich die gesetzliche Zuzahlung und der Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens gemäß der jeweils aktuellen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, soweit in den Anlagen zu diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

(6) Der Leistungserbringer stellt grundsätzlich eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln sicher. Wählt der Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat er die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. Mehrkosten können dem Versicherten grundsätzlich nur in Rechnung gestellt werden, wenn dem Versicherten eine hinreichende Anzahl an Hilfsmitteln mehrkostenfrei angeboten wurde und dieser auf eigenen Wunsch eine abweichende Versorgung wählt beziehungsweise eine Versorgung wählt, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Ergänzende oder abweichende Regelungen können sich aus den produktspezifischen Anlagen zu diesem Vertrag ergeben.

(7) Im Falle der Genehmigungspflicht ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Versicherten darauf hinzuweisen, dass eine Versorgung erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt. Wünscht der Versicherte eine Versorgung, bevor die Genehmigung durch die Krankenkasse erteilt wurde, so ist er schriftlich darauf hinzuweisen, dass er die Kosten beziehungsweise Mehrkosten der Selbstbeschaffung trägt, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme ganz oder teilweise ablehnt.

§ 6 Versorgungsablauf

(1) Nach Vorlage der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten oder die hkk und anschließender Bedarfsfeststellung (inklusive Erstberatung) durch den Leistungserbringer, erstellt der Leistungserbringer unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb von 72 Stunden nach Abschluss der Bedarfsfeststellung, einen Kostenvoranschlag gemäß Anhang 1 dieses Vertrages zur Genehmigung, soweit in den Anlagen nichts Abweichendes vereinbart wurde.

(2) Leitet die hkk dem Leistungserbringer eine Verordnung weiter, ist dieser verpflichtet, innerhalb von 72 Stunden Kontakt mit dem Versicherten aufzunehmen, bei Ende der 72-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag.

(3) Die hkk prüft die eingereichten Unterlagen und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung. Im Falle einer Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) erteilt die hkk den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang.

(4) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Leistungserbringer durch eine vom Versicherten selbst, von seinem gesetzlichen oder beauftragten Vertreter (zum Beispiel Betreuer, Vormund, bevollmächtigte Person im Sinne der §§ 164 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) oder – wenn keine der vorgenannten Personen erreichbar ist – auch von einer seiner Pflegepersonen (zum Beispiel Pflegekräfte, pflegende Angehörige) unterschriebenen Empfangsbestätigung unter Angabe des Datums der Leistungserbringung quittieren zu lassen. Aus der Empfangsbestätigung muss hervor gehen, wer die Empfangsbestätigung unterschrieben hat. Quittierungen im Voraus oder im Nachhinein sind unzulässig. Die Empfangsbestätigung ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen.

(5) Der Leistungserbringer hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen. Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummer des Leistungserbringers sind dem Versicherten bei der erstmaligen Kontaktaufnahme bekannt zu geben, spätestens jedoch bei Abgabe des Hilfsmittels. Für die Versicherten entstehen dadurch mit Ausnahme der üblichen Telefonkosten im deutschen Festnetz keine weiteren Kosten.

§ 7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit (§§ 12, 70, 135a SGB V) über die gesamte Vertragslaufzeit erfüllt werden. Art und Umfang der Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Leistungen richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf des Versicherten.

(2) Die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten (Auswahl, Anzahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich (§ 12 Absatz 1 SGB V) zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben in diesem Rahmen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt zu entsprechen.

(3) Es dürfen nur solche Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen und Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL), des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichen) entsprechen. Für die Abgabe von Hilfsmitteln ist das MPG verpflichtend. Rechtsansprüche bei Verstößen gegen das MPG gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sind Mindestanforderungen.

(4) Gegenstand des Vertrages ist ausschließlich die Abgabe von Hilfsmitteln, die den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V zu der jeweiligen Produktart (Produktgruppe, Anwendungsbereich, Produktuntergruppe und Produktart) entsprechen. Gegebenenfalls darüber hinaus gehende produktspezifische Anforderungen an die Leistung sind in den Anlagen des Vertrages geregelt. Sofern ein Hilfsmittel in die Versorgung gelangen soll, das nicht in das Hilfsmittel-

verzeichnis aufgenommen wurde, ist der hkk ein entsprechender Kostenvoranschlag mit ausreichender Begründung einzureichen. In diesem Fall ist der hkk gegenüber der Nachweis einer CE-Kennzeichnung beziehungsweise ein Konformitätsnachweis zu erbringen.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Die hkk hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers wahrzunehmen. Der Leistungserbringer übernimmt für die hkk gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben wie folgt:

- Grundsätzlich übernimmt er produktartunabhängig für alle in den Anlagen dieses Rahmenvertrages geregelten Medizinprodukte sofern zutreffend die Einweisung und Instandhaltung nach Vorgaben des Herstellers.
- Darüber hinaus übernimmt der Leistungserbringer bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte die Dokumentation der Einweisung (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV).
- Für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV übernimmt der Leistungserbringer zusätzlich das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) sowie die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV), alle zwei Jahre mit Ablauf des Monats, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte sicherheitstechnische Kontrolle durchgeführt wurde. In diesen Fällen ist der hkk ein Kostenvoranschlag einzureichen. Unter Beachtung von Herstellerangaben und gegebenenfalls kassenseitig vorliegender Informationen und Erkenntnissen, können kürzere Intervalle sachgerecht sein.
- Der Leistungserbringer setzt für Instandhaltungen sowie für sicherheitstechnische Kontrollen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 5 MPBetreibV erfüllen.

(6) Ist der Leistungserbringer aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die genannten Aufgaben durchzuführen, ist dies entsprechend zu dokumentieren und der hkk anzuzeigen. Die Anzeige soll erst dann erfolgen, wenn der teilnehmende Betrieb den Versicherten zuvor trotz mehrfacher Versuche innerhalb von drei Wochen nicht erreichen/antreffen konnte. Die Dokumentation ist der hkk zu übermitteln. Eine Haftung des teilnehmenden Betriebes wegen nicht fristgerechter Erfüllung der betroffenen Aufgabe ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Die hkk stellt die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben sowie unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, zur Verfügung und wirkt erforderlichenfalls bei fehlender Mitwirkung des Versicherten im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf diesen ein.

(7) Hilfsmittel sind, sofern erforderlich, nach Maßgabe der Vorschriften des MPG zu kennzeichnen. Handwerklich individuell gefertigte Leistungen sind dauerhaft und lesbar mit Angabe des Monats und des Jahres der Abgabe zu kennzeichnen.

(8) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie gegebenenfalls weitere Hinweise des Arztes sind zu beachten. Hat der Arzt ein konkretes Produkt, gegebenenfalls unter Angabe der 10-stelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses verordnet, ist dennoch durch die hkk und/oder den Leistungserbringer zu prüfen, ob die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Produkt erfolgen kann. Die hkk kann durch den Medizinischen Dienst gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V prüfen lassen, ob das verordnete Produkt erforderlich ist.

Die Auswahl des konkreten Produktes zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung obliegt dem Leistungserbringer. Die abschließende Entscheidung über die leistungsrechtliche Gewährung der getroffenen Auswahl des Produkts trifft die hkk, gegebenenfalls auf der Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes.

§ 8 Kostenvoranschlag

Der Anhang 1 regelt die Inhalte des Kostenvoranschlags.

§ 9 Abrechnungsregelung

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist in Anhang 2 geregelt.

§ 10 Vergütung

(1) Die Vergütung der Leistungen ergibt sich aus den Anlagen zu dieser Vereinbarung.

(2) Die Sicherstellung der Regelungen in Anhang 1 Absatz 1 Satz 1 dieses Rahmenvertrages und die damit verbundenen Einsparungen bei den Verwaltungskosten honoriert die hkk mit einem Aufschlag von 5,00 Euro (netto) auf die vereinbarten Vertragspreise. Dieser Aufschlag ist in den in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen bereits berücksichtigt. Stellt der Leistungserbringer die Regelungen in Anhang 1 Absatz 1 Satz 1 dieses Rahmenvertrages nicht sicher, so vermindert sich die Vergütung für die betroffene Versorgung um einen Abschlag von 5,00 Euro (netto) je Kostenvoranschlag.

(3) Der Vergütungsanspruch entsteht jeweils mindestens auf der Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der hkk, soweit diese erforderlich ist, und der Empfangsbestätigung des Versicherten nach Abschluss der Versorgung. Der Versicherte beziehungsweise ein Bevollmächtigter hat die Abgabe der bedarfs- und fachgerechten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen.

(4) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzuziehen und kostenfrei zu quittieren. Eine darüber hinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten ist nicht Bestandteil dieses Vertrages und darf weder gefordert noch angenommen werden. Hiervon ausgenommen sind Regelungen nach § 5 Absatz 6 und 7.

(5) Mit der Zahlung des vereinbarten Vertragspreises sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.

§ 11 Beratung der Versicherten und Dokumentation

(1) Der Leistungserbringer ist nach § 127 Absatz 5 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Zusätzlich sind sie im Falle des § 33 SGB V vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihm gegebenenfalls im Einzelfall zu tragenden Mehrkosten zu informieren.

(2) Im Rahmen seiner Beratungspflicht nach § 127 Absatz 5 SGB V ermittelt der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Er hat im Rahmen seiner Beratungspflicht eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln je Produktart vorzustellen und anzubieten, sofern das Hilfsmittelverzeichnis eine hierfür ausreichende Anzahl an Produkten listet. Abweichendes ist in den produktspezifischen Anlagen geregelt. Die mehrkostenfrei angebotenen Produkte müssen sich indikationsgerecht an der vertragsärztlichen Verordnung orientieren, sie müssen den Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und sie müssen für die individuellen Versorgungsanforderungen ausreichend und zweckmäßig sein. Mehrkosten können dem Versicherten nur in Rechnung gestellt werden, wenn dem Versicherten eine hinreichende Anzahl mehrkostenfrei angeboten wurde und dieser auf eigenen Wunsch eine abweichende Versorgung wählt beziehungsweise eine Versorgung wählt, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Es gelten die Regelungen gemäß § 5 Absatz 6 des Rahmenvertrages.

(3) Der Leistungserbringer hat die Durchführung der Beratung und gegebenenfalls die Mehrkosteninformation schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Die Unterschrift kann digital erfolgen. Für den Fall der telefonischen Beratung verzichtet die hkk auf eine Unterschrift. Für die Dokumentation der Beratung und Mehrkosteninformation sind inhaltlich die als Anhang 3 und Anhang 4 zum Rahmenvertrag beigefügten Muster zu nutzen. Die Muster gelten in ihrer Form als Empfehlung. Der Leistungserbringer kann Eigendokumente die mindestens den Inhalt der Muster enthalten für die Dokumentation nutzen. Der Leistungserbringer hat die Beratungsdokumentation und gegebenenfalls die Dokumentation der Mehrkosteninformation im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften und gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren und auf Anforderung der hkk zu Prüfzwecken im hierfür maßgeblichen Umfang vorzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu berücksichtigen. Eine Archivierung der Unterlagen in digitaler Form ist ausreichend. Dem Versicherten ist ein Exemplar der Dokumentation der Beratung und Mehrkosteninformation auszuhändigen.

§ 12 Wettbewerb und Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers sind auf sachliche Informationen zu beschränken und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der hkk beziehen. Die Auslage von Werbematerialien mit dem Ziel der einseitigen Beeinflussung der Versicherten in den Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen ist unzulässig.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung beziehungsweise Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig, ausgenommen gesetzlicher Verpflichtungen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch die Leistungserbringer zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer oder anderweitiger Anreize durch Dritte ist unzulässig.
- (3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig.
- (4) Die Unterhaltung von Produktdepots sowie der Vertrieb von Hilfsmitteln 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 (vergleiche Hinweis des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Absatz 1 SGB V – Hilfsmittelabgabe über Depots vom 31.03.2009) benötigt werden bzw. die eine spezielle ärztliche (Therapie)-Einweisung mit anschließender ärztlicher Kontrolle erfordern.
- (5) Zulässig sind Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten und teilkonfektionierten 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.
- (6) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 13 Meinungsverschiedenheiten und Vertragsverstößen

- (1) Bei Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Anwendung und Auslegung dieses Vertrages ergeben, streben die Vertragspartner eine partnerschaftliche und gütliche Einigung an.
- (2) Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht nach, ist die hkk berechtigt, dem Leistungserbringer eine angemessene Frist zur Auftragserfüllung zu setzen. Sofern der Auftrag nach Fristablauf nicht erfüllt ist, hat die hkk nur im Einverständnis mit dem Versicherten das Recht, den Auftrag zu entziehen und einen anderen Vertragspartner zu beauftragen. Bereits entstandene oder abgerechnete Kosten sind vom Leistungserbringer unverzüglich zu erstatten.

(3) Besteht Uneinigkeit darüber, ob die Versorgung den vertraglichen Anforderungen entspricht, kann die hkk diese in der ihr geeignet erscheinenden Form, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst (§ 275 Absatz 3 SGB V), überprüfen. Handelt es sich ausschließlich um handwerkliche oder technische Fragen, kann sowohl die hkk, als auch der Leistungserbringer geeignete Stellen (zum Beispiel Handwerkskammern, Schiedsstellen der Innungen oder vereidigte Sachverständige) hinzuziehen.

(4) Verstöße gegen diesen Vertrag werden abgemahnt und können im Wiederholungsfall zur fristlosen Kündigung des bestehenden Vertragsverhältnisses führen. Als Vertragsverstoß gilt auch die wiederholte nicht vertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von Kostenvoranschlägen.

(5) Schwerwiegende Vertragsverstöße wie zum Beispiel:

- die Berechnung vorsätzlich nicht erbrachter Leistungen,
- eine Zuwiderhandlung gegen die Regelungen in § 12 des Rahmenvertrages,
- vom Leistungserbringer zu vertretende vorsätzliche und grob fahrlässig verursachte Qualitätsmängel des Hilfsmittels, die eine Gefährdung der Gesundheit des Versicherten zur Folge haben,
- die nicht unverzügliche Mitteilung bei Wegfall von Voraussetzungen gemäß § 4 des Rahmenvertrages an die hkk,
- die nicht aktive Information über Veränderungen oder den Wegfall von Voraussetzungen im Sinne des Vertrages,
- schwerer Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 16 des Rahmenvertrages,
- schwerer Verstoß gegen die Beratungspflicht zur mehrkostenfreien Versorgung gemäß § 11 des Rahmenvertrages,
- sonstige schwerwiegende Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages

berechtigen die hkk nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers zur fristlosen Kündigung des Vertrages gegenüber dem Leistungserbringer.

(4) Schwerwiegende Vertragsverstöße, die auf der Grundlage des § 128 SGB V beruhen, berechtigen die hkk den betreffenden Leistungserbringer für eine Dauer von bis zu zwei Jahren von der Hilfsmittelversorgung auszuschließen.

(5) Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bleiben hiervon unberührt.

§ 14 Vertragsstrafe

(1) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die hkk Vertragsstrafen verhängen, die

bei Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen eine Zahlungsverpflichtung des Leistungserbringers begründen. Dabei gilt für jeden Einzelfall und für die Gesamtbemessung der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

(2) Die hkk kann für jeden Einzelfall eines nach Abmahnung erfolgten wiederholten Vertragsverstoßes oder eines schwerwiegenden Vertragsverstoßes eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 3.000,00 Euro festsetzen. Zusätzlich zur Vertragsstrafe ist der hkk der tatsächlich entstandene Schaden und der dadurch zusätzlich verursachte Aufwand zu ersetzen.

(3) Die hkk kann für jeden Fall der Erlangung eines Versorgungsauftrags durch strafbares Handeln oder den Versuch hierzu eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5.000,00 Euro festsetzen (Antikorruptionsklausel). Strafbares Handeln sind insbesondere Betrug (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)), Submissionsabsprachen (§ 298 StGB), Vorteilsgewährung (§ 333 StGB), Bestechung (§ 334 StGB) sowie Bestechung im Gesundheitswesen (§ 299b StGB).

(4) Vor Verhängung einer Vertragsstrafe ist der Leistungserbringer anzuhören. Im Fall der Verwirkung der Vertragsstrafe bleibt das Recht zur außerordentlichen Kündigung gemäß § 13 dieses Vertrages unberührt.

§ 15 Insolvenz und Betriebsaufgabe des Leistungserbringers

(1) Der Leistungserbringer hat die hkk über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Ablehnung und Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

(2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der hkk unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die hkk zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind, in Papierform oder in elektronischer Form zur Verfügung. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

§ 16 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), SGB X, Landesdatenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) einzuhalten.

(2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Artikel 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie zum Beispiel Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten und so weiter) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

(4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

(5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Artikel 9 Absatz 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich hinsichtlich der für die jeweilige Versorgung erlangten Patienten- und Versichertendaten (Sozialdaten) neben der Beachtung vorgenannter gesetzlicher Regelungen zur Verschwiegenheit. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 17 Haftung und Gewährleistung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, Ausrüstung, Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei der Auslieferung.

(2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme beziehungsweise Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten beziehungsweise einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Abweichende Regelungen ergeben sich aus den produktspezifischen Anlagen. Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernden oder abzugebenden Hilfsmittel gemäß der gesetzlichen Regelungen. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig. Es gelten für Gewährleistungsansprüche die gesetzlichen Verjährungsfristen.

(3) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm, seinen Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen und auf ein Verschulden des Betriebes zurückzuführen sind. Es gelten insoweit die gesetzlichen Bestimmungen. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG) bleibt unberührt.

(4) Soweit der Leistungserbringer für einen Schaden verantwortlich ist, der im Zusammenhang mit seiner Hilfsmittelversorgung steht, ist er verpflichtet, die hkk von Schadensersatzansprüchen Dritter freizustellen.

(5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Betriebshaftpflichtversicherung, die auch Schäden nach dem MPG umfasst, mit einer Deckungssumme von 2 Mio. Euro pro Personen- beziehungsweise 1 Mio. Euro für Sachschäden pauschal für jeden Versicherungsfall zu unterhalten. Stehen der hkk weitergehende Schadensersatzansprüche zu, so bleiben diese von dieser Regelung unberührt.

(6) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie beziehungsweise Gewährleistung. Sofern der Hersteller Garantien beziehungsweise Gewährleistungen über den gesetzlichen Rahmen hinaus bietet, gelten diese auch für die hkk.

§ 18 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen, die zum Beispiel gegen das Wettbewerbsrecht oder den Datenschutz verstoßen, anzupassen sind. Das Gleiche gilt im Falle einer Regelungslücke.

§ 19 Vertragsbeginn und Laufzeit

- (1) Der Vertrag tritt am 01.10.2020 in Kraft und gilt für unbestimmte Zeit.
- (2) Maßgeblich für die Hilfsmittelversorgung nach diesem Vertrag ist das Verordnungsdatum.
- (3) Dieser Rahmenvertrag und seine Anhänge sowie Anlagen können von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 30.09.2023 ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung des Rahmenvertrages schließt die Kündigung der Anhänge und Anlagen mit ein. Unabhängig vom Rahmenvertrag können die Anlagen einzeln und gesondert gekündigt werden.
- (4) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die hkk alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten Hilfsmitteln gemäß den Anlagen nach § 127 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V außer Kraft. Bereits auf der Grundlage von § 127 Absatz 3 SGB V genehmigte Versorgungsgen bleiben unberührt.
- (5) Die Vertragsparteien verständigen sich, bei Fortschreibung der in den Anlagen dieses Vertrages vereinbarten Hilfsmittel, zeitnah gemeinsam die Notwendigkeit der Vertragsanpassung zu überprüfen. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie seiner Anlagen bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen der Anbietergruppierung oder der Leistungserbringer werden nicht Bestandteil dieses Vertrages.

Ort, Datum

Leistungserbringer

Bremen, den

hkk

Anhang 1 – Regelungen zum Kostenvoranschlag

(1) Die Übermittlung von Kostenvoranschlägen ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Die hkk bedient sich dabei der internetbasierten Kostenvoranschlagsplattform der Firma

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloogstraße 14
67065 Ludwigshafen

Der Leistungserbringer stellt seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu vereinbaren.

(2) Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringer,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (entsprechend der Anlage 1),
- Hilfsmittelkennzeichen (entsprechend der Anlage 1)
- gegebenenfalls 10-stellige Produktbesonderheit (entsprechend der Anlage),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
- Leistungserbringergruppenschlüssel,
- Menge,
- Angabe des Merkmals Seite (rechts, links, beidseitig),
- Angabe des Netto- und Bruttopreises der Versorgung,
- Verordnungsdatum sowie
- Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

(3) Die Verordnung ist im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlags als Anhang zu übermitteln und als solche zu kennzeichnen.

Anhang 2 – Abrechnungsregelung

(1) Die Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistung wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Für das Abrechnungsverfahren gilt der § 302 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301a SGB V) und § 303 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in den jeweils aktuellen Fassungen.

(2) Die Abrechnung erfolgt einmal monatlich in Form einer Sammelabrechnung und enthält gemäß den Richtlinien folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten,
- Urbelege (zum Beispiel Verordnungsblatt/-blätter, Berechtigungs- beziehungsweise Reparaturschein(e) jeweils im Original),
- Empfangsbestätigung des Versicherten,
- Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, gegebenenfalls zusätzlich Sammelrechnung),
- Begleitzettel für Urbelege bei maschineller Abrechnung.

Die zuständige Daten- und Belegannahmestelle für die Abrechnung bei der hkk ist:

Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen

(3) Nach § 302 Absatz 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der in Absatz 2 benannten Stelle der hkk die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Es werden nur einwandfreie Daten entsprechend der technischen Anlage der Richtlinien angenommen.

Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehende Zeitverzögerung bei der Rechnungsprüfung und -zahlung sind von der hkk nicht zu vertreten. Den rechnungsbe gründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gemäß § 2 Absatz 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die benannte Stelle gemäß § 303 Absatz 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Leistungserbringer von der hkk durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 von Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich bei der Kopfstelle des vdek anzumelden, wenn er erstmalig Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V für eine Ersatzkasse

liefert. Darüber hinaus besteht für den Leistungserbringer auch die Verpflichtung, sich vor der erstmaligen Datenlieferung für die hkk bei der von der hkk benannten Stelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Anlage 1 Abschnitt 9 der Richtlinien beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.

Nach erfolgreichem Abschluss des Testverfahrens kann die Abrechnung per elektronischer Datenübertragung erfolgen.

Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechnungs-Institutionskennzeichen eine Anmeldung vorgenommen werden.

(4) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat der Leistungserbringer die hkk und die von der hkk benannte Stelle unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Es ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name des beauftragten Abrechnungszentrums und das Institutionskennzeichen (IK), unter dem das Abrechnungszentrum die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht mitzuteilen.

Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Absatz 3 dieser Anlage zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Absatz 1 der Richtlinien.

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die hkk mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der hkk durch Einschreiben mit Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der hkk an das Abrechnungszentrum entfällt drei Werktagen nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

Der Leistungserbringer hat das Abrechnungszentrum unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Absatz 1 BDSG beziehungsweise Artikel 38 DSGVO auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

(5) In der Rechnungslegung sind insbesondere folgende Angaben zwingend erforderlich:

- IK der ausliefernden Betriebsstätte des Leistungserbringers,
- Versichertendaten, insbesondere die Versichertennummer,
- Verordnungsdatum der Versorgung,
- 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:

- Hilfsmittelpositionsnummer oder
- existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelauflistung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Absatz 2 SGB V erfolgen oder
- Pseudopositionsnummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag,
- siebenstelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS),
- gegebenenfalls Produktbesonderheiten, sofern diese in der entsprechenden Anlage aufgeführt wurde,
- Hilfsmittelkennzeichen,
- Menge der abgegebenen Leistung,
- Angabe des Merkmals Seite (rechts, links, beidseitig),
- Rechnungsnummer,
- Bruttowert der Verordnung,
- gegebenenfalls eingezogener Zuzahlungsbetrag und Mehrkosten,
- Umsatzsteuer,
- von der hkk vergebene Genehmigungsnummer (ohne Ausdruck der Genehmigung), sofern eine Genehmigung der hkk erstellt wurde,
- Datum der Leistungserbringung entsprechend der Empfangsbestätigung,
- Angabe der Belegnummer der von der hkk benannten Stelle bei Nachberechnung aufgrund von Berichtigungen.

Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn das Ausstellungsdatum der Verordnung nach dem angegebenen Leistungszeitpunkt liegt.

Die Daten aus der Genehmigung müssen zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen.

(6) Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich per Sammelabrechnung mit der benannten Stelle abzurechnen.

Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen erbracht worden sind, nicht mehr erhoben werden (Ausschlussfrist).

Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten/Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege sowie rechnungsbegründenden Unterlagen komplett bei der von der hkk benannten Stelle eingegangen sind. Eine Überschreitung der Frist befreit die hkk von ihrer Zahlungsverpflichtung.

(7) Voraussetzung für die Abrechnung von Hilfsmitteln ist unter anderem eine entsprechende Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Liegt diese für die ausliefernde Betriebsstätte des Leistungserbringers nicht vor, besteht kein Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistungen.

(8) Der Versicherte hat den Erhalt der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus und im Nachhinein sind unzulässig. Erfolgt die Quittierung nicht auf der Rückseite der Originalverordnung, müssen aus der Empfangsbestätigung das/die gelieferte/-n Hilfsmittel, die gelieferte Menge, der Name des Versicherten sowie – falls vom Versicherten abweichend – der Name des Unterzeichners hervor gehen.

(9) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen (maschinellen) Abrechnungsdaten/-unterlagen und Urbelege sowie weiteren rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

(10) Ansprechpartner zu Abrechnungen, zur Rückgabe von Rechnungen oder zur Klärung von Differenzen ist ausschließlich die in Absatz 2 benannte Stelle.

(11) Die hkk beziehungsweise die von der hkk benannte Stelle ist berechtigt, die eingereichten Unterlagen und/oder die Datensätze zur Prüfung beziehungsweise Korrektur zurückzugeben, wenn die formalen Voraussetzungen für die Rechnungslegung nicht erfüllt sind, Differenzen festgestellt werden, die Abrechnungsdaten fehlerhaft sind oder sonstige begründete Beanstandungen vorliegen.

(12) Den Vertragspartnern ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Abrechnungsberechtigung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der hkk bleiben insofern unberührt.

(13) Beanstandungen können von der hkk beziehungsweise der von der hkk benannten Stelle innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung beziehungsweise ein Vertragsverstoß des Leistungserbringers vor.

(14) Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend ge-

macht werden. Dabei ist die Belegnummer der von der hkk benannten Stelle anzugeben. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Beanstandung trägt der Leistungserbringer. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches bei der von der hkk benannten Stelle zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

(15) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie für Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform auf Anforderung der Krankenkasse zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

**Anhang 3 – Bestätigung über die Durchführung der Beratung
gemäß § 127 Absatz 5 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)**

Name, Vorname Versicherter: Krankenversicherternummer:
Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):
Hilfsmittel:
Verordnungsdatum:
Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):
Beratende/r Mitarbeiter/in:
Datum der Beratung:

Hiermit bestätige ich, dass ich zum oben genannten Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vergleiche § 127 Absatz 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

Unterschrift Beratende/r
Mitarbeiter/in

Unterschrift* Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

*Auf die Unterschrift des Versicherten oder der Betreuungsperson wird bei telefonischer Beratung verzichtet.

Anhang 4 – Erklärung des/der Versicherten und/oder der Betreuungsperson über das Angebot einer mehrkostenfreien Versorgung (Mehrkostenerklärung)

Name, Vorname Versicherte/r:
Krankenversichertennummer:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel und/oder Institutionskennzeichen):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Höhe der Mehrkosten:

Ich bin über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, durch meinen Leistungserbringer informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht, welche abweichend von dem mehrkostenfreien Versorgungsangebot mit von mir privat zu tragenden Mehrkosten verbunden ist.

Mit der Zahlung der oben benannten Mehrkosten für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten (zum Beispiel anteilig anfallende Reparaturkosten), 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

Unterschrift Beratende/r
Mitarbeiter/in

Unterschrift Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

Anlage 1 – Vereinbarung über die Versorgung mit Apparaten zur Kompressionstherapie (Produktgruppe 17)

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): 19 92 237

§ 1 Leistungsbeschreibung

Die intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK) wird mit elektrischen Wechseldruckgeräten betrieben. Bei Einstufengeräten erfolgt die Druckausübung im Bereich der gesamten Manschette gleichmäßig über die Extremität. Bei Mehrstufengeräten sind mehrere überlappende oder nebeneinanderliegende Luftkammern in den Manschetten eingearbeitet. Jede Kammer wird vom Gerät direkt und genau dosierbar angesteuert. Die Luftbefüllung erfolgt nacheinander aufsteigend von distal nach proximal, respektive von peripher nach zentral ("intermittierende Druckwelle"). Die bei den Mehrstufensystemen eingesetzten Manschetten sollen gemäß den besonderen Qualitätsanforderungen überlappende oder nebeneinanderliegende Luftzellen aufweisen.

Die Apparate der IPK müssen über ein CE-Kennzeichen mit benannter Stelle verfügen und die notwendigen Normen erfüllen. Insbesondere ist dies die EN ISO 60601-1-11 (Einsatz von Medizinprodukten in der häuslichen Umgebung).

§ 2 Liefervoraussetzungen

- (1) Zu Beginn der Versorgung des Versicherten der hkk ist grundsätzlich eine individuelle Messung durch den Leistungserbringer durchzuführen. Dies gilt sowohl für die Abgabe von Konfektionsware, als auch bei der Versorgung mit Unikaten.
- (2) Bei Abgabe der Apparate zur Kompressionstherapie ist eine Erprobung erforderlich.
- (3) Der hkk ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag gemäß § 6 des Rahmenvertrags sowie gemäß Anhang 1 dieses Vertrages einzureichen.

§ 3 Leistungsvergütung

- (1) Die nachstehend angegebenen Preise sind Nettopreise zuzüglich Umsatzsteuer.
- (2) Von den Abrechnungspreisen ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des Versicherten der hkk abzuziehen.
- (3) Für von dieser Vereinbarung nicht erfasste Produktarten gilt eine generelle Verpflichtung zum Einreichen eines Kostenvoranschlages.

§ 4 Preise

Die Preise ergeben sich aus der Preisliste:

Das Zubehör ist im Kostenvoranschlag entsprechend zu benennen.						
Hilfsmittel-positionsnummer	Produkt-besonderheit	Bezeichnung	Hilfsmittel-kennzeichen	Nettopreis ab 01.10.2020	Ust* v = 19 % e = 7 %	Genehmigungs-pflicht
17.99.01.0		Einstufengeräte	00	KV	v	Ja
17.99.01.1		Mehrstufigengeräte	00	Listenverkaufspreis - 20 % Rabatt	v	Ja
17.99.99.0	0000000001	Manschetten	12	Listenverkaufspreis - 20 % Rabatt	v	Ja
17.99.99.0	0000000002	Sonstiges Zubehör	12	KV	v	Ja
17.99.99.3		Reparaturen	01	KV	v	Ja

*Ust = gesetzliche Umsatzsteuer