

Rahmenvertrag zur Versorgung mit Haarersatz infolge krank- heitsbedingtem Haarverlust

zwischen

XXX

(im Folgenden XXX genannt)

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

(im Folgenden vdek genannt)

Datum des Inkrafttretens: 01.02.2026

Berlin/ XXX, den _____

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

XXX

Referenzvertrag 34

Inhalts- und Anlagenverzeichnis

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Fachliche Anforderungen
- § 4 Personelle Anforderungen
- § 5 Produktanforderungen
- § 6 Genehmigung
- § 7 Leistungserbringung
- § 8 Qualität und Wirtschaftlichkeit
- § 9 Leistungsgewährung
- § 10 Vergütung, Zuzahlung und Mehrkosten
- § 11 Verwendung des Institutionskennzeichens
- § 12 Rechnungslegung
- § 13 Haftung und Gewährleistung
- § 14 Beziehungen zu Dritten
- § 15 Datenschutz
- § 16 Vertragsverletzungen und Vertragsstrafen
- § 17 Laufzeit und Kündigung
- § 18 Salvatorische Klausel

- Anlage 1 Leistungsbeschreibung – Versorgung der Versicherten
- Anlage 2 Elektronischer Kostenvoranschlag
- Anlage 3 Dokumentation über die Beratung/Mehrkostenerklärung des Versicherten
- Anlage 4 Liste der teilnehmenden Betriebe (Teilnehmerliste)
- Anhang 1 Preisvereinbarung

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten¹ der Ersatzkassen mit Haarersatz im Rahmen des § 33 Absatz 1 SGB V einschließlich aller damit verbundenen Dienst- und Serviceleistungen sowie die Abrechnung der Preise für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel.
- (2) Die Anlagen 1 – 4 und der Anhang 1 sind Bestandteil des Vertrages.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der XXX stellt durch seine Mitgliedsbetriebe (nachfolgend Leistungserbringer genannt) die bundesweite Versorgung mit sämtlichen in den vereinbarten Anlagen und Anhängen aufgeführten Produkten insgesamt sicher. Die Leistungserbringer sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages und der vereinbarten Anlagen und Anhänge verpflichtet. Die Leistungserbringer werden ebenfalls Vertragspartner dieses Rahmenvertrages. Soweit die Leistungserbringer bei Vertragsabschluss nicht ohnehin durch den XXX vertreten werden, kommt der Vertrag durch Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zu dem Rahmenvertrag gegenüber dem XXX, jedenfalls aber durch Meldung der Teilnahme des Leistungserbringers zu diesem Vertrag im Rahmen der Meldung nach Absatz 2 zustande. Die Beendigung der Mitgliedschaft im XXX stellt den Eintritt einer auflösenden Bedingung dar.
- (2) Der XXX stellt der vdek-Verbandszentrale einmal im Monat eine Teilnehmerliste (Anlage 4) der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer einschließlich deren Filialen zur Verfügung, sofern sich Änderungen ergeben haben. Neue Leistungserbringer sowie neue Filialen bereits teilnehmender Leistungserbringer sind per Teilnehmerliste mindestens 14 Tage vor Vertragsbeginn zu melden. Änderungen die das IK, die Anschrift, eine Umfirmierung, den fachlichen Leiter sowie den Austritt aus dem XXX betreffen, sind in der Teilnehmerliste entsprechend farblich zu kennzeichnen. Der rückwirkende Vertragsbeitritt ist ausgeschlossen.

¹ Aus Gründen besserer Lesbarkeit erscheint bei Personenangaben sowohl im Rahmenvertrag als auch in den Anlagen und Anhängen lediglich die männliche Schreibweise. Selbstverständlich sind weibliche Personen gleichermaßen mit erfasst.

Die Teilnehmerliste ist mittels der Vorgabedatei der vdek-Verbandszentrale im Rahmen der darin vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form in einem Windows™ kompatiblen Programm (ab Excel 2003) zu übermitteln.

- (3) Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlagen und Anhänge bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGBs des XXX sowie der Leistungserbringer werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die vdek-Verbandszentrale sie schriftlich bestätigt hat.
- (4) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.
- (5) Die in diesem Vertrag und seinen Anlagen und Anhängen festgelegten Formen und Inhalte für Listen, Übersichten, Erklärungen etc. sind in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt vom Leistungserbringer unverändert einzusetzen.

§ 3

Fachliche Anforderungen

- (1) Die Leistungserbringer haben 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 Absatz 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen. Sie führen den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle.) Vor dem Inkrafttreten der vertraglichen Vereinbarungen hat das Präqualifizierungszertifikat vorzuliegen.
- (2) Das Präqualifizierungszertifikat ist den Ersatzkassen auf Verlangen vorzulegen. Die teilnehmenden Leistungserbringer haben das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte die Präqualifizierung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer den XXX unverzüglich schriftlich zu informieren.

§ 4

Personelle Anforderungen

- (1) Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich ausgebildetes Fachpersonal ein, das die für eine fachgerechte Anpassung und Beratung der Versicherten sowie die für die Pflege des Haarersatzes notwendigen Kenntnisse nachweisen kann.
- (2) Die Mitarbeiter des Leistungserbringers, die mit den Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter, der zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, fachspezifisch geschult ist und im Rahmen des Erforderlichen an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt. Folgende Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - a) fachspezifische medizinische und handwerkliche Fortbildung,
 - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
 - c) Produktschulungen der Hersteller.
- (4) Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und der einzelnen Ersatzkasse anlassbezogen auf Verlangen nachzuweisen.
- (5) Die Anforderungen gemäß den Absätzen 1 bis 4 gelten auch für externe Personen, die der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten einsetzt.

§ 5

Produktanforderungen

- (1) Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V haben Gültigkeit, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder eine Listung des Einzelproduktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.
- (2) Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht, es sei denn, in den Anlagen sind abweichende Regelungen vereinbart.

- (3) Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des 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.
- (4) Die Ersatzkasse hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen die Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Medizinprodukts (§ 4 Absatz 3 Satz 1 MPBetreibV) und die Instandhaltung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben (§ 7 MPBetreibV) sowie die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe nicht implantierbarer Medizinprodukte (§ 4 Absatz 3 Satz 3 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV, das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 und 2 der MPBetreibV.

Die Ersatzkassen behalten sich die Überprüfung der Erfüllung der nach der MPBetreibV an den Leistungserbringer übertragenen Aufgaben vor.

- (5) Der Ersatzkasse steht es frei, anlassbezogen die Umsetzung der vorstehend genannten Paragraphen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen.
- (6) Die Produkte müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen. Es werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei und funktionsgerecht sind. Sie müssen den medizinischen Anforderungen der entsprechenden Produktuntergruppe des Hilfsmittelverzeichnisses genügen.

§ 6 Genehmigung

- (1) Alle Versorgungen gemäß diesem Vertrag sind genehmigungspflichtig, sofern sich aus den Anlagen und Anhängen nichts anderes ergibt.
- (2) Genehmigungsfreie Leistungen sind nicht über die Hilfsmittel-Plattform an die Ersatzkassen bzw. den beauftragten Dienstleister zu senden, sondern müssen grundsätzlich direkt abgerechnet werden.
- (3) Werden Kostenvoranschläge für direktabrechnungsfähige Produkte vom Mitgliedsbetrieb ohne die entsprechende, vertraglich festgelegte Positionsnummer für Produktbesonderheiten eingereicht, werden diese von den Ersatzkassen unmittelbar zurückgewiesen bzw. nicht bearbeitet.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Kostenvoranschlag der Ersatzkasse elektronisch zu übermitteln. Die Kosten für das eKV-Verfahren sind mit den Vertragspreisen abgegolten. Näheres regelt die Anlage 2 – Elektronischer Kostenvoranschlag (eKV). Die Übermittlung per Fax oder in Papierform ist nicht zulässig.
- (5) Kostenvoranschläge müssen den in den Anlagen genannten Voraussetzungen entsprechen.
- (6) Die Ersatzkassen behalten sich vor, bei unvollständigen und fehlerhaften Kostenvoranschlägen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvoranschläge einschließlich der eingereichten Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden. Anlage 2 § 4 Absatz 5 Satz 3 gilt entsprechend. Der Kostenvoranschlag ist mit korrigierten Daten erneut einzureichen. Eventuelle Forderungen aufgrund von Verfristungen nach dem Patientenrechtegesetz oder Bundesteilhaberecht gehen zulasten des Leistungserbringers.
- (7) Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn des Genehmigungszeitraumes ist die Abgabe der Versorgung. Unabhängig vom Genehmigungszeitraum endet der Auftrag spätestens mit Ausscheiden des Versicherten aus der Krankenkasse, soweit sich aus den Anlagen und Anhängen nichts anderes ergibt.
- (8) Bei Versorgungen für Versicherte, die in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, einem Alten- oder Pflegeheim oder ähnlichen Einrichtungen wohnen, ist – soweit in der jeweiligen Anlage nichts Gegenteiliges vorgesehen ist – vorab die Genehmigung der Krankenkasse einzuholen.

§ 7 Leistungserbringung

- (1) Voraussetzung für die Abgabe von Haarersatz ist die vollständig ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (Muster 16). Es werden ausschließlich Hilfsmittel abgegeben, die in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen sind. Sind Hilfsmittel übergangsweise noch nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, können diese nach vertraglicher Vereinbarung durch die Leistungserbringer abgegeben werden. Für die Versorgung mit Haarersatz sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (2) Die Lieferung eines Produktes kann, sofern in den Anlagen nicht anderes vereinbart ist, nur bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung im Original 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.
- (3) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn gemäß Hilfsmittel-Richtlinie (HMR) die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung vom Leistungserbringer aufgenommen worden ist. Die Versorgung gilt als aufgenommen, sobald die Verordnung beim Leistungserbringer nachweislich eingegangen ist. Das Eingangsdatum der Verordnung ist zu dokumentieren.
- (4) Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten. Der Leistungserbringer hat im Rahmen seiner Beratungspflicht eine hinreichende Auswahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln entsprechend der beim Versicherten vorliegenden individuellen medizinischen Notwendigkeit anzubieten. Näheres ist 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.
- (6) Die Beratung ist unter verpflichtender Nutzung der Anlage 3 schriftlich zu dokumentieren.

- (7) Der Leistungserbringer darf die Versorgung mit einem in diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel nicht ablehnen.

§ 8

Qualität und Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Versorgung der Versicherten (Auswahl und Lieferung des Hilfsmittels) hat zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Hierfür gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung. Es gelten die Qualitätsstandards der einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses der Spitzenverbände der Krankenkassen gem. § 139 SGB V.
- (2) Die Ersatzkassen sind berechtigt, im Rahmen der §§ 12 und 70 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen, soweit kein Vertragspreis festgelegt ist. Der Versorgungsauftrag kann von der Ersatzkasse dann einem anderen Vertragspartner erteilt werden.
- (3) Rückfragen der einzelnen Ersatzkasse im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind vom Leistungserbringer kostenlos und unverzüglich zu beantworten. Eine diesbezügliche Rechnungsstellung gegenüber den Versicherten ist ebenfalls ausgeschlossen.
- (4) Dem vdek sowie der einzelnen Ersatzkasse steht es frei, die Qualität der nach diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form (z.B. Medizinischer Dienst oder Versichertenbefragung etc.) nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
- (5) Sofern nach dem Ergebnis einer solchen Begutachtung oder aus anderen Gründen gegebenenfalls eine weitere Kostenübernahme ausscheidet, hat die Ersatzkasse die Entscheidung über das Ende der Leistungspflicht unverzüglich dem Leistungserbringer und dem Versicherten schriftlich mitzuteilen.

§ 9

Leistungsgewährung

- (1) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder Mindestmengenabgabe besteht nicht. Die Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch die Versicherten kann erst ab der Auftragserteilung erfolgen.
- (2) Ein Auftrag gilt als erteilt, wenn dem Leistungserbringer die Kostenübernahme-erklärung der leistungspflichtigen Ersatzkasse vorliegt, sofern die Anlagen keine genehmigungsfreie Versorgung vorsehen. Vor einer Auftragserteilung ist der Leistungserbringer auf Wunsch der Versicherten oder der Ersatzkasse zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet.
- (3) Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können weder bei den Versicherten noch bei der leistungspflichtigen Ersatzkasse geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Ziel, diese Regelung zu umgehen, gelten als schwerwiegender Vertragsverstoß durch den jeweiligen Leistungserbringer, der zur sofortigen Vertragskündigung durch den Vertragspartner (Ersatzkassen) berechtigt. Unabhängig davon kann die einzelne Ersatzkasse aus diesem Grunde die Geltung dieses Vertrages gegen sich mit dem betroffenen Leistungserbringer mit sofortiger Wirkung beenden.

§ 10

Vergütung, Zuzahlung und Mehrkosten

- (1) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn er die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag vollständig erbracht hat.
- (2) Die Preise für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel, für die Beratung und Nachbetreuung sowie Anpassung, Anprobe und Reparatur der gelieferten Hilfsmittel ergeben sich aus dem Anhang 1 zu diesem Vertrag. Die im Anhang 1 vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Es steht dem Leistungserbringer frei, Angebote/ Abrechnungen unterhalb der dort geregelten Konditionen einzureichen.
- (3) Ggf. im Rahmen der Versorgung entstehende Fahrtkosten des Leistungserbringers sind in den vereinbarten Vertragspreisen eingeschlossen und können daher den Ersatzkassen nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

- (4) Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet, sofern im Anhang nichts anderes vereinbart wird.
- (5) Die Erhebung von Mehrkosten gegenüber den Versicherten der Ersatzkasse für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß diesem Vertrag durch den Leistungserbringer ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig. Wünscht der Versicherte trotz ausführlicher Beratung durch den Leistungserbringer eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht, hat der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren, dass die Ersatzkasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Ersatzkasse unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Die Beratung zu den anfallenden Mehrkosten ist gemäß § 127 Absatz 5 Satz 2 SGB V schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen (Anlage 3). Anlage 3 ist der Ersatzkasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V ist bei der Abrechnung der Leistung als Nettobetrag anzugeben.
- (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.
- (7) Die Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel nach § 33 SGB V versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht. Die Zuzahlung beträgt gem. § 61 SGB V 10 v. H. mindestens 5,- € , maximal 10,- € . Der Einzug der Zuzahlung erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber den Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungsbeträge sind in der Abrechnung von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen. Es sind die entsprechenden Versorgungszeiträume in der Rechnung anzugeben.
- (8) Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Leistungserbringer anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu überprüfen. Maßgeblich ist der Tag der Versorgung. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den Leistungserbringer einzuziehen.

§ 11

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über das Institutionskennzeichen (IK), das er sowohl im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKV) als auch bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten (wie Firmenbezeichnung, Firmenadresse, Bankverbindung etc.) sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen, da sie für die Abrechnungsbegleichung maßgeblich sind. Mitteilungen an die Ersatzkassen oder deren mit der Abrechnungsprüfung beauftragte Dienstleister können nicht berücksichtigt werden.
- (3) Das IK ist sowohl beim eKV als auch in jeder Abrechnung anzugeben. Elektronische Kostenvoranschläge oder Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für eKV oder Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekannten IK.
- (4) Die unter dem gegenüber den Ersatzkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Ersatzkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Ersatzkassen mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z.B. wegen Pfändung, Insolvenz etc., bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 12

Rechnungslegung

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

- (2) Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach endgültiger Abgabe des Hilfsmittels vorgenommen. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, einmal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen.
- (3) Die Abrechnung erfolgt binnen sechs Monaten nach Abgabe. Nach Ablauf dieser Frist verliert der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch.
- (4) Alle Rechnungen werden unter den in der Meldemaske der Teilnehmerliste (Anlage 4) aufgeführten IK abgerechnet.
- (5) Bei der Abrechnung von Hilfsmitteln nach § 302 SGB V muss das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ gefüllt werden.

Sofern in den Anlagen eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist, muss das Feld „Positionsnummer für Produktbesonderheiten“ entsprechend gefüllt werden. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung freizulassen.

- (6) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- a) Abrechnungsdaten
- b) Urbelege
- c) (Verordnungsblatt/-blätter in Kopie - Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet werden, für die eine ärztliche Verordnung nicht vorgesehen oder nicht vereinbart ist.),
- d) Empfangsbestätigungen der Versicherten oder wie in den Anlagen geregelt,
- e) Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung),
- f) Genehmigungskennzeichen der Ersatzkasse, sofern erforderlich

In der Abrechnung ist der in der jeweiligen Anlage festgelegte 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgungen und Leistungen abgerechnet werden.

Im Rahmen der Rechnungslegung nach § 302 SGB V (Datenaustausch) ist im EHI-Segment im Feld „Art der abgegebenen Leistung“ die Abrechnungspositionsnummer zu erfassen. Die Abrechnungspositionsnummer ist grundsätzlich 10-stellig oder wie in den Anlagen aufgeführt anzugeben.

Bei der Abrechnung von Hilfsmitteln nach § 302 SGB V muss das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ gefüllt werden.

Bei der Abrechnung von Hilfsmitteln nach § 302 SGB V sind die mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten als Nettobetrag nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V anzugeben. Die Anlage 3 ist in diesen Fällen der Ersatzkasse zu übermitteln.

Sofern in den Anlagen eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist, muss das Feld „Positionsnummer für Produktbesonderheiten“ entsprechend gefüllt werden. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung freizulassen.

(7) Nach § 302 Absatz 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der Ersatzkasse die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

- a) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der Ersatzkasse benannten Abrechnungsstellen zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenerlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet.

Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und Rechnungsbezahlung sind nicht von der Ersatzkasse zu verantworten.

- b) Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die Ersatzkasse gem. § 303 Absatz 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nach Erfassung entstehenden Kosten werden dem Leistungserbringer von der Ersatzkasse durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 3 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

- c) Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Absatz 2 bei der „Kopfstelle“ des vdek, derzeit Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, sowie bei der Abrechnungsstelle der jeweiligen Ersatzkasse anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- d) Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
- Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der jeweils von den Kassen benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die Ersatzkasse oder die von der Kasse benannte Datenannahmestelle dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Eine separate schriftliche Information über die Fehlerfreiheit erfolgt insoweit nicht.
- e) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.
- (8) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf der ärztlichen Verordnung im Original zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

- (9) In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:
- IK des versorgenden Leistungserbringers,
 - Versichertendaten, insbesondere die Mitgliedsnummer,
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:
 - ☐ Hilfsmittelpositionsnummer
 - ☐ Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Absatz 2 SGB V erfolgen.
 - ☐ Pseudopositionsnummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag
 - ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
 - bei höherwertigen Versorgungsmitteln Hilfsmittelpositionsnummer des tatsächlich abgegebenen Produktes,
 - Kennzeichen Hilfsmittel,
 - Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung,
 - Rechnungs- und Belegnummer,
 - Nettowert der Verordnung und ggf. zu zahlender Zuzahlungsbetrag,
 - Eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Wert des Kostenvoranschlages)
 - Mehrkosten
 - von der Kasse vergebenes Genehmigungskennzeichen.

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Absatz 8 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.

- (10) In der Abrechnung ist der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel der jeweiligen Anlage anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgungsmitteln und Leistungen abgerechnet werden.
- (11) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann die Ersatzkasse dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen eingehen, werden die vorhandenen Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Hierdurch verursachte Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der Ersatzkasse.

- (12) Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die Ersatzkasse innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei dem jeweils zuständigen Abrechnungsunternehmen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.

Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

- (13) Dem Leistungserbringer ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der Ersatzkasse bleiben insoweit unberührt.
- (14) Einwände gegen Beanstandungen sind vom Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum innerhalb von sechs Monaten nach Eingang geltend zu machen. Dabei ist die Belegnummer der von der Ersatzkasse 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 jeweiligen Ersatzkasse benannten Stelle zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.
- (15) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die vdek-Verbandszentrale unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der vdek-Verbandszentrale ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß § 302 Absatz 2 SGB V bei der vdek-Verbandszentrale sowie bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnungen ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Absatz 1.

- (16) 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 mit für die Ersatzkassen schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der vdek-Verbandszentrale unverzüglich bekannt zu machen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der Ersatzkasse an das Abrechnungszentrum entfällt drei Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (17) Sofern die Rechnungslegung nach Absatz 13 einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die Abrechnungsstelle unter besonderer Berücksichtigung ihrer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages, der Anlage zu § 78 a SGB X und des § 6 Absatz 1 BDSG von dem Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei der Abrechnungsstelle ist der Ersatzkasse auf Verlangen vorzulegen.
- (18) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden und für Sozialhilfeempfänger, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung ist der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 13

Haftung und Gewährleistung

- (1) Gewährleistung und Haftung des Leistungserbringers richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit der Vertrag nichts anderes bestimmt.
- (2) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. eine durch ihn bevollmächtigte Person (Leistungserbringungsdatum). Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.

- (3) Treten innerhalb der in Anlage 1 genannten Fristen nach der Lieferung Mängel auf, die auf Herstellungs-, Verarbeitungs- oder Materialfehler zurückzuführen sind, verpflichtet sich der Leistungserbringer diese Fehler kostenlos zu beseitigen oder kostenlos Ersatz zu leisten. In jedem Fall verpflichtet er sich, die jeweilige Garantie des Herstellers zu gewährleisten. Davon ausgenommen bleiben Leistungen auf Grund unsachgemäßer Behandlung und Pflege.
- (4) Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt.

§ 14

Beziehungen zu Dritten

- (1) Die Unterhaltung von Produktdepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen durch den Leistungserbringer ist nicht zulässig.
- (2) 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. § 128 Absatz 2 SGB V gilt gegebenenfalls ergänzend.
- (3) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch den Leistungserbringer zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer Anreize durch Dritte ist unzulässig.
- (4) Werbemaßnahmen des XXX sowie der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Ersatzkassen 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. Ebenfalls ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung aufzusuchen. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandsetzungen bleiben davon unberührt. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen betreut werden.

- (5) Informationen der Ersatzkassen über Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die bereit sind, Hilfsmittel ohne Mehrkosten des Versicherten zu liefern müssen sachlich zutreffend und vollständig sein.

§ 15 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB I, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG), soweit anwendbar, einzuhalten.
- (2) Die Vertragspartner haben die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) 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 Art. 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 unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden

Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 16

Vertragsverletzungen und Vertragsstrafen

- (1) Der XXX sowie die Leistungserbringer haften gegenüber der Ersatzkasse für die Verletzung ihrer Pflichten aus diesem Vertrag, die auf ihr jeweiliges Verschulden zurückzuführen sind, unbeschadet der Regelungen nach den gesetzlichen Vorschriften. Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen bleiben hiervon unberührt.
- (2) Verletzt der Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegen die ihm obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten, können der vdek oder die Ersatzkassen nach Anhörung und unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit je nach Schwere des Vertragsverstößes
 - eine Verwarnung aussprechen
 - eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffer 3 aussprechen
 - nach erfolgter Verwarnung auf Grund gleich gearteter Vertragsverletzung den Vertrag außerordentlich kündigen.
- (3) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen können der vdek oder die Ersatzkassen nach erfolgter Anhörung eine Verwarnung aussprechen und eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5 % des Jahresumsatzes mit der jeweiligen Ersatzkasse festsetzen. Schwerwiegende Verstöße rechtfertigen auch den Ausschluss von der Versorgung für die Dauer von bis zu zwei Jahren.
- (4) Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere
 - a) Qualitätsmängel in der vertraglich geregelten Versorgung eines Versicherten, die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können,
 - b) wiederholter Verzug der Leistungserbringung und dadurch Gefährdung der Versorgung des betroffenen Versicherten
 - c) die wiederholte Forderung oder Annahme von Mehrkosten durch den Leistungserbringer, welche nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entspricht
 - d) Abrechnungsmanipulation (Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Abrechnung von nicht verordneten Leistungen)

- e) Verstöße gegen gesetzliche Datenschutzbestimmungen
 - f) Wegfall der Voraussetzungen zur Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 3.
- (5) Wird der Verstoß bei oder im Zusammenhang mit der Erbringung oder Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag begangen, sind die betroffenen Ersatzkassen berechtigt, den Rechnungsbetrag zu kürzen, soweit die Erbringung oder Abrechnung der Leistung vertragswidrig war. Darüber hinaus sind die betroffenen Ersatzkassen berechtigt, folgende Maßnahmen zu ergreifen:
- a) Bei erstmaligem Verstoß sind die Ersatzkassen berechtigt, dem zugelassenen Leistungserbringer 10 % des Kürzungsbetrags als pauschalisierten Schadensersatz in Rechnung zu stellen.
 - b) Bei wiederholten Verstößen sind die Ersatzkassen berechtigt, dem zugelassenen Leistungserbringer 20 % jedes einzelnen oder der Summe der Kürzungsbeträge als pauschalierten Schadensersatz in Rechnung zu stellen.
- (6) 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.
- (7) Der Leistungserbringer bzw. der XXX verzichtet auf die Einrede des Fortsetzungszusammenhangs.
- (8) Der vdek ist berechtigt, dem XXX gegenüber bei schwerwiegenden Vertragsverstößen eine Vertragsstrafe in Höhe von 500,00 EUR auszusprechen. Als schwerwiegender Vertragsverstoß zählt insbesondere, wenn
- a) der XXX fortgesetzt seine Verpflichtung zur fristgerechten Einreichung einer aktualisierten Teilnehmerliste bei der vdek-Verbandszentrale verletzt,
 - b) der XXX Sachverhalte behauptet und verbreitet, die geeignet sind, die Ersatzkassen verächtlich zu machen oder in der Öffentlichkeit herabzuwürdigen.

§ 17

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.02.2026 in Kraft. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2027 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Maßgeblich für die Versorgung ist das Ausstellungsdatum der Verordnung.

- (3) Unabhängig von der in Absatz 1 genannten Kündigungsfrist kann die einzelne Ersatzkasse diesen Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats schriftlich kündigen. Die Geltung des Vertrages für die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.
- (4) Unabhängig von der in Ziffer 1 geregelten Kündigung können der XXX, der vdek oder die Ersatzkassen einzeln den Anhang 1 zu diesem Vertrag jederzeit ohne Angaben von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2027 schriftlich kündigen. Die Geltung des Anhangs für die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.
- (5) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die am Vertrag teilnehmenden Kassen alle weiteren bisher für den XXX geltenden Vereinbarungen über die Versorgung Ersatzkassenversicherter mit Haarerersatz mit sofortiger Wirkung außer Kraft.
- (6) Sollten Anlagen oder Anhänge ganz oder in Teilen einer Überarbeitung oder Korrektur bedürfen, sind sich die Vertragspartner einig, diese Unstimmigkeiten in gemeinsamen Gesprächen zu erörtern und diese einvernehmlich anzupassen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (7) Der Leistungserbringer verzichtet auf die Geltendmachung von Ansprüchen gegen die Kassen, insbesondere von Schadensersatzansprüchen wegen etwaiger durch eine solche Kündigung eintretender Schäden.

§ 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 anzupassen sind.

Leistungsbeschreibung zur Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Haarersatz

§ 1 Regelungsgegenstand

- (1) Haarersatz dient dazu, die natürlich gewachsenen Haare bei Haarverlust zu ergänzen oder zu ersetzen. Gegenstand dieses Vertrages nebst seinen Anlagen und dem Anhang ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Haarersatz im Rahmen des § 33 Absatz 1 SGB V einschließlich aller damit verbundenen Dienst- und Serviceleistungen sowie die Abrechnung der Preise für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel.
- (2) Hingegen zählen Haarteile und künstliche Wimpern gemäß § 2 Absatz 6 Nummer 6 des Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuchs (Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch – LFGB) zu den Bedarfsgegenständen, die dazu bestimmt sind, nicht nur vorübergehend mit dem menschlichen Körper in Berührung zu kommen. Sie zählen nicht zum Haarersatz im Sinne des Krankenversicherungsrechts und fallen somit nicht in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 2 Versorgungsziel

- (1) Die Versorgung mit Haarersatz erfolgt bei vorübergehendem oder langfristigem, großflächigem, massivem Verlust des Haupthaares, wenn diesem unter dem Aspekt der entstellenden Wirkung Krankheitswert zukommt bzw. zur Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
- (2) Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein; das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V) ist zu beachten.

§ 3 Teilbereichsperücken und Vollperücken

- (1) Zum Ersatz des Kopfhaares/Haupthaares stehen Vollperücken oder Teilbereichsperücken zur Verfügung.
- (2) Vollperücken sollen das nicht mehr vorhandene Haupthaar vollständig ersetzen. Sie werden konfektioniert nach häufig vorkommenden Normmaßen als Standardperücken angeboten oder individuell nach Maß gefertigt. Standardperücken sind in vielen Farben und Größen lieferbar und können bedingt in Größe und Form der Kopfform des Versicherten angepasst werden. Durch Frisieren und Haarschneiden der Perücke kann den berechtigten individuellen Bedürfnissen des Versicherten Rechnung getragen werden.

- (3) Teilbereichsperücken ersetzen nur den vom Haarverlust betroffenen Bereich des Oberkopfes. Sie werden nach den Maßen der zu bedeckenden Kopffläche hergestellt.

§ 4 Haarqualitäten

- (1) Das Material der verwendeten Haare (Kunstfaser, Mischhaar, Echthaar), die Art der Montur (Basismaterial/Haarträger) und die Bearbeitung, wie die Haare darauf befestigt werden, sind unterschiedlich und entscheidend für die Qualität der Perücke und das Tragegefühl.
- (2) Kunsthaar
Synthetisches Kunsthaar besteht z. B. aus Modacryl, PVC- oder Polyester-Fasern. Gelegentliche Umformungen sind möglich, häufige Umformungen führen zum Brechen der Haare und damit zur Verkürzung der Lebensdauer.
- (3) Mischhaar
Mischhaar ist ein Gemisch aus Echthaar und Kunsthaar. Umformungen sind auch hier nur begrenzt möglich, da die beigemengten Kunsthaare bei zu häufiger und intensiver Hitzeeinwirkung brechen können und die Haltbarkeit des Haarersatzes damit eingeschränkt wird. Mischhaar ist nach den Regelungen dieses Vertrages dem Kunsthaar zuzuordnen.
- (4) Echthaar
Echthaar ist Haarersatz aus reinem Menschenhaar (Humanhaar). Echthaar wird vor Fertigung der Perücke behandelt (Waschen, ggf. Färben, Hecheln u.a.). Wird es nicht fachgerecht behandelt, kommt es zu Verfilzungen und extremem Qualitätsverlust. Echthaar ist sehr pflegeaufwendig, die Farbe kann im Laufe der Zeit verblassen. Bei Feuchtigkeit und Regen muss neu frisiert werden.

§ 5 Leistungsanspruch und Leistungsausschlüsse

- (1) Die Hilfsmittelversorgung umfasst nur den Haarersatz, der notwendig ist, um einem unbefangenen Beobachter den Verlust des Haupthaars nicht sogleich erkennbar werden zu lassen. Dabei ist nach dem Geschlecht sowie nach Ursache und Ausmaß des Haarverlustes zu differenzieren (vgl. Urteile des BSG vom 22.04.2015 - B 3 KR 3/14 R und vom 23.07.2002 - 3 KR 66/01 R).
- (2) Haarersatz für Männer ist grundsätzlich nicht vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen umfasst. Ein von vollständigem Haarverlust betroffener Mann kann die Versorgung mit Haarersatz nur dann beanspruchen, wenn sein Aussehen objektiv als entstellend wirkend empfunden werden kann. Der Verlust der Kopfbehaarung beim Mann bis zum vollständigen Haarverlust ist keine Krankheit und - als Dauerzustand - auch keine Behinderung.

(3) Haarersatz bei Transsexualität von Mann zu Frau

Haarersatz kann bei gutachterlich bestätigter Transsexualität in Frage kommen, wenn auf Grund des ursprünglichen männlichen Haarwuchses kein ausreichendes weibliches Erscheinungsbild erzielt werden kann. Voraussetzung ist, dass dies zu einer entstellenden Wirkung führt, die ein freies und unbefangenes Bewegen unter den Mitmenschen erschwert oder gar unmöglich macht. Somit ist von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur die Versorgung umfasst, die notwendig ist, um den Verlust des natürlichen Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennbar werden zu lassen (vgl. Urteil des BSG vom 23.07.2002 - 3 KR 66/01 R).

(4) Konfektionierter oder individuell gefertigter Haarersatz

Grundsätzlich sollte vorrangig auf konfektionierten Haarersatz zurückgegriffen werden, der in Haarschnitt, Haarlänge, Stil und Volumen korrigiert werden kann. Für den optimalen Sitz kann zusätzlich bei Bedarf die Montur in der Größe angepasst werden. Lediglich bei Kopfdeformitäten, die mit Standardperücken nicht versorgt werden können, kommt maßgefertigter Haarersatz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Eine entsprechende Begründung bzw. der Nachweis ist mit dem eKV zu übermitteln.

(5) Kunsthaar oder Echthaar

Die Regelversorgung ist auch bei dauerhaftem Haarverlust die Versorgung mit Kunsthaar. Die Versorgung mit Echthaar kommt ausschließlich dann in Betracht, sofern Kunsthaar aufgrund ärztlich nachgewiesener allergischer Reaktionen der Kopfhaut oder anderer nachgewiesener krankheitsbedingter Unverträglichkeit nicht einsetzbar ist. Ein entsprechender Allergietest vom Facharzt ist nachzuweisen. Gleichlautend mit Allergie sind auch andere Erkrankungen, wie z. B. Hyperhidrose am Kopf, Kopfhauterkrankungen. Diese müssen ebenfalls durch ein fachärztliches Attest belegt sein.

(6) Haarweaving (außer zur erstmaligen Befestigung von Teilbereichsperücken), Haarintegration, Haarverdichtung und Haartransplantationen, allein aus kosmetischen Zwecken, sind ebenfalls keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie kompensieren keinen (stellenweise) totalen Haarverlust, sondern dienen allein kosmetischen Zwecken, um dichteres oder längeres Haar zu erhalten. Teilweise fehlt auch die Hilfsmiteileigenschaft, weil es sich nicht um sächliche Mittel handelt.

(7) Kopfbedeckungen wie Mützen, Kappen, Hüte, Kopftücher oder Turbane, die alternativ oder zeitweise ergänzend den Haarverlust kaschieren können, sind allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, und fallen nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 6 Qualitätsanforderungen

- (1) Im Allgemeinen beträgt bei täglichem Tragen sowie sachgerechter Handhabung und Pflege einer Kunsthaarperücke deren Haltbarkeit mindestens sechs Monate. Die Haltbarkeit von Kunsthaar, das nach diesem Vertrag unter die Produktbesonderheit 0000000400 fällt, beträgt mindestens zwölf Monate. Die Haltbarkeit einer Echthaarperücke beträgt mindestens zwölf bis 15 Monate. Die Mindesthaltbarkeit berechnet sich ab dem Datum der Auslieferung.
- (2) Es macht einen großen Unterschied, ob die Perücke nur gelegentlich, zum Beispiel nur beim Verlassen des Hauses oder den ganzen Tag getragen wird. Daher kann in vielen Fällen eine Perücke auch länger getragen werden, als es die allgemeinen Angaben dazu vorsehen.
- (3) Eine Folgeversorgung kommt bei weiter bestehender Indikation in der Regel erst nach Ablauf der allgemeinen Haltbarkeitsdauer in Frage, richtet sich aber letztendlich nach dem tatsächlichen Verschleiß. Dieser liegt vor, wenn eine Perücke erhebliche Schäden aufweist und Instandsetzungsarbeiten (z. B. Nachnäharbeiten, Ersatz der Gummibänder o.ä.) nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich sind.

Auch wenn die Perücke fachmännisch nicht mehr so aufbereitet werden kann, dass sie geeignet ist, den Verlust des natürlichen Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter soweit auszugleichen, dass der Haarverlust für diesen nicht sogleich erkennbar ist, kommt eine erneute Versorgung in Betracht.

- (4) Wechselversorgungen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche aus hygienischen Gründen sind grundsätzlich nicht erforderlich, da Haarersatz unter Einsatz geeigneter, handelsüblicher Pflegemittel im häuslichen Bereich gereinigt werden kann; Perücken können somit nach der Reinigung kurzfristig wieder getragen werden.

§ 7 Leistungsumfang

- (1) Die Versicherte erhält mindestens zwei individuell geeignete mehrkostenfreie Versorgungsangebote (ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung). Hierfür hält der Leistungserbringer ein ausreichendes Sortiment von mehrkostenfreien Angeboten vor.
- (2) Die Versorgung des Versicherten durch den Leistungserbringer umfasst neben der Ausstattung mit dem Haarersatz die Beratung, die Auswahl, Anpassung und Lieferung, die erforderliche Einweisung in den sicheren Gebrauch, die Information über die sachgerechte Handhabung und Pflege des Haarersatzes sowie Reparaturen (z. B. Nachnäharbeiten, Ersatz der Gummibänder) und Ersatzlieferungen für den gelieferten Haarersatz für den gesamten Zeitraum der Versorgung.

- (3) Das erstmalige Einfrisieren/Einschneiden/Präparieren des Haarersatzes auf die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten sowie die Abgabe des Perückenständers erfolgen ohne gesonderte Berechnung und sind mit dem Vertragspreis abgegolten.
- (4) Die Versorgung umfasst eine Vollperücke oder Teilbereichsperücke, einen Perückenkopf/Perückenständer zur Aufbewahrung (nur bei Erstversorgung) und Befestigungselemente wie Klebestreifen, Spangen zur Befestigung, vollflächige Verklebungsmaterialien oder permanente und nichtpermanente Befestigungsmaterialien für Teilbereichshaarersatz.
- (5) Sofern die Versicherte trotz der angebotenen mehrkostenfreien Versorgung Haarersatz mit Mehrkostenanteil wählt, fällt diese nicht in die Leistungspflicht der Ersatzkasse. Hierzu zählen beispielsweise die Versorgung mit Echthaar oder die Versorgung mit Kunsthaar, das nach diesem Vertrag unter die Produktbesonderheit 0000000400 fällt, wenn für diese Versorgung keine medizinische Indikation vorliegt. Dies ist gemäß § 8 zu dokumentieren. Der Leistungserbringer kann der Versicherten die Mehrkosten gemäß § 33 Abs.1 S. 9 SGB V in Rechnung stellen.
- (6) Die Abgabe von konfektioniertem Haarersatz soll innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Genehmigung bzw. bei genehmigungsfreiem Produkt 14 Tage nach Aufnahme der Versorgung erfolgen.
- (7) Die Erstversorgung erfolgt im Regelfall mit einer Vollperücke aus Kunsthaar und einer Tragedauer von mindestens sechs Monaten. Folgeversorgungen von Kunsthaar mit mindestens sechsmonatiger Tragedauer sind möglich.
- (8) Insbesondere bei folgenden ICD - 10 Diagnosen kann eine Vollperücke aus Kunsthaar, das nach diesem Vertrag unter die Produktbesonderheit 0000000400 oder 1201000400 fällt, für einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten als Folgeversorgung beantragt werden:
- L63.0 Alopecia (cranialis) totalis
 - L63.1 Alopecia universalis
 - L64.8 Sonstige Alopecia androgenetica
 - L64.9 Alopecia androgenetica
 - L66. - Narbige Alopezie (Haarausfall mit Narbenbildung)
 - L66.0 Pseudopelade Brocq
 - L66.1 Lichen planopilaris, Lichen ruber follicularis
 - L66.2 Folliculitis decalvans
 - L66.3 Folliculitis et Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens
 - L66.4 Atrophoderma vermiculata, Folliculitis ulerythematosia reticulata, Ulerythema acneiforme
 - L66.8 Sonstige narbige Alopezie
 - L66.9 Narbige Alopezie, nicht näher bezeichnet
 - Q84.0 Angeborene Alopezie

Für diese Versorgung ist Kunsthaar von solcher Qualität auszuwählen, die die Mindesttragedauer von mindestens zwölf Monaten gewährleistet.

- (9) Sofern die Versicherte bereits vor Inkrafttreten dieses Vertrages mit Haarersatz versorgt wurde und ihre Verordnung eine der o. g. ICD-10 Diagnosen enthält, kann sofort eine Vollperücke aus Kunsthaar, das nach diesem Vertrag unter die Produktbesonderheit 0000000400 fällt, als Folgeversorgung mit einer Mindesttragedauer von zwölf Monaten beantragt werden.
- (10) Treten innerhalb einer Frist von sechs Monaten (Kunsthaar), zwölf Monaten (Kunsthaar unter Produktbesonderheit 0000000400 oder 1201000400) bzw. 15 Monaten (Echthaar) nach der Lieferung Mängel auf, die auf Herstellungs-, Verarbeitungs- oder Materialfehler zurückzuführen sind, verpflichtet sich der Leistungserbringer diese Fehler kostenlos zu beseitigen, die Perücke in Stand zu setzen oder kostenlos Ersatz zu leisten. In jedem Fall verpflichtet er sich, die jeweilige Garantie des Herstellers zu gewährleisten. Davon ausgenommen bleiben Leistungen auf Grund unsachgemäßer Behandlung und Pflege.
- (11) Der Leistungserbringer hat die Versorgung grundsätzlich auch bei einem Wohnortwechsel sicherzustellen. Sofern der Leistungserbringer die Versorgung nach Satz 1 nicht selbst sicherstellen kann, informiert dieser die entsprechende Ersatzkasse unverzüglich und stimmt die weitere Versorgung des Versicherten mit der jeweiligen Ersatzkasse, dem Vertragspartner und dem Versicherten ab.

§ 8 Dokumentation

- (1) Der Leistungserbringer hat unter verpflichtender Nutzung der Anlage 3 die erfolgte Beratung zum individuellen Versorgungsbedarf, zur Handhabung des Haarersatzes und zu dessen sachgerechter Pflege schriftlich zu dokumentieren. Die erfolgte Beratung ist von der Versicherten zu bestätigen.
- (2) Die Erhebung von Mehrkosten für die Versorgung mit Haarersatz gemäß diesem Vertrag durch den Leistungserbringer ist unzulässig. Wünscht die Versicherte trotz ausführlicher Beratung eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus geht und vertraglich vereinbart ist, hat der Leistungserbringer die Versicherten zu informieren, dass die Ersatzkasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Die Beratung zu den anfallenden Mehrkosten ist in der Anlage 3 zu dokumentieren.
- (3) Die Dokumentation über die Beratung und die Mehrkostenerklärung des Versicherten (Anlage 3) ist vorzuhalten und der Ersatzkasse auf Verlangen unverzüglich zu übermitteln. Hiervon abweichend ist Anlage 3 stets im Rahmen des Abrechnungsverfahrens in den Fällen einzureichen, in denen Mehrkosten entstehen.

§ 9 Genehmigung und Vergütung

- (1) Erst- und Folgeversorgungen mit konfektioniertem Kunsthaar mit einer Mindesttragedauer von sechs Monaten sind grundsätzlich genehmigungsfrei.
- (2) Versorgungen mit Kunsthaar, das nach diesem Vertrag unter die Produktbesonderheit 0000000400 oder 1201000400 fällt (Mindesttragedauer von zwölf Monaten), sind genehmigungspflichtig.
- (3) Individuell gefertigtes Kunsthaar sowie konfektionierte und individuell gefertigte Echthaarversorgungen sind stets genehmigungspflichtig. Ein entsprechender Nachweis gemäß § 5 Absatz 5 dieser Anlage ist bei Beantragung im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages einzureichen.
- (4) Teilbereichsperücken aus Kunsthaar sind grundsätzlich genehmigungsfrei.
- (5) Versorgungen vor Ablauf der in § 6 Absatz 1 genannten Mindesttragedauern sind vorzeitige Versorgungen. Sie unterliegen der Genehmigungspflicht. Der Leistungserbringer hat zu begründen, weshalb diese vorzeitige Versorgung notwendig ist. In diesen Fällen sind für die ausnahmsweise Beantragung des Produkts die entsprechende Positionsnummer für Produktbesonderheiten anzugeben (siehe Anhang 1 - Preisvereinbarung)
- (6) Der Anhang 1 regelt die Vergütung der Versorgung mit Haarersatz.

Anlage 2 Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKV)

§ 1 Gegenstand

- (1) Die Vereinbarung regelt die Umsetzung des eKV zwischen den Leistungserbringern und den teilnehmenden Ersatzkassen.
- (2) Sie gilt für alle Verträge gemäß § 127 Sozialgesetzbuch (SGB) V und sonstige Liefergrundlagen (z. B. Festbeträge), die zwischen den Leistungserbringern einerseits und den Ersatzkassen andererseits bei der Abgabe von Hilfsmitteln Anwendung finden.
- (3) Ziel des eKV ist es, durch die Vermeidung von Medienbrüchen und durch die Beschleunigung der Abläufe Wirtschaftlichkeitspotenziale zu realisieren, die Datenqualität zu erhöhen und die Zufriedenheit der Versicherten zu steigern.

§ 2 Grundlagen des eKV

- (1) Die Datenlieferungen im Rahmen des eKV erfolgen an die von den Ersatzkassen beauftragten Dienstleister (eKV-Annahmestellen).
- (2) Die Datenlieferung erfolgt vom Leistungserbringer oder einem beauftragten Dienstleister direkt an die eKV-Annahmestellen.
- (3) Informationen zu den technischen Voraussetzungen können bei den eKV-Annahmestellen erfragt werden. Fachliche Hinweise zur Umsetzung werden ggf. von den Ersatzkassen erstellt und im Internet auf der Homepage der jeweiligen Ersatzkasse bereitgestellt.

§ 3 Vertrags- und Stammdaten

Die Stamm- und Vertragsdaten des Leistungserbringers (Adresse, Telefon, E-Mail, Preise, Kombinationen aus Mehrwertsteuer, Produktbesonderheit, LEGS etc.) sind nach den Maßgaben der jeweiligen Ersatzkasse selbständig vom Leistungserbringer zu pflegen. Für Änderungen und Ergänzungen auf der eKV-Plattform trägt der Leistungserbringer die alleinige Verantwortung.

§ 4 Umsetzung des eKV

- (1) Vor jeder beabsichtigten Versorgung ist von dem Vertragspartner ein eKV einzureichen, sofern keine besonderen Regelungen in den Verträgen gemäß § 127 SGB V bestehen.
- (2) Sofern die Ersatzkasse eine vorliegende ärztliche Verordnung dem Vertragspartner übermittelt, erfolgt dies als elektronische Versorgungsanfrage oder elektronischer Auftrag über die eKV-Plattform. Ein zusätzlicher eKV des Vertragspartners ist bei elektronischen Aufträgen nicht erforderlich. Die ärztliche Verordnung verbleibt bei der Ersatzkasse. Im elektronischen Auftrag zur Leistungserbringung fehlende Informationen hat der Leistungserbringer beim behandelnden Arzt einzuholen.
- (3) Es sind alle Produktgruppen und Einzelprodukte für den eKV frei geschaltet, die im Rahmen dieses Vertrages vereinbart sind.
- (4) Allgemeine Bearbeitungshinweise zur Umsetzung des eKV und spezielle Hinweise für Produktgruppen oder Produktarten werden ggf. von der einzelnen Ersatzkasse hinterlegt. Sie sind regelmäßig mindestens monatlich auf Aktualisierungen zu überprüfen.
- (5) Unplausible Ablehnungen sind mit der zuständigen Dienststelle der Ersatzkasse zu klären. Der eKV ist bei Bedarf mit korrigierten Daten erneut einzureichen. Eventuelle Forderungen auf Grund von Verfristungen nach dem Patientenrechtegesetz oder Bundesteilhabegesetz gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (6) Im Rahmen des eKV vergebene Genehmigungskennzeichen und -datum sind bei der Abrechnung im Datensatz nach § 302 SGB V anzugeben.
- (7) Nicht abrechenbar trotz Vorliegen einer elektronischen Genehmigung der Ersatzkasse sind die Versorgung, in denen die Genehmigung auf Angaben des Vertragspartners beruht, die dieser unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Diese Genehmigungen sind ungültig und verwirken den Vergütungsanspruch des Vertragspartners.

Zu den unrichtigen oder unvollständigen Angaben im eKV gehören insbesondere:

- fehlende oder unrichtige Angabe des Auslieferungsdatums, wenn die Auslieferung bereits vor der Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags erfolgte
- die in den Rechnungsunterlagen erfassten Daten des Versorgungsbeginns und/oder des Auslieferungsdatums weichen mehr als ein Monat von den im elektronischen Kostenvoranschlag gemachten Daten ab
- die angegebenen Hilfsmittelpositionsnummern entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen
- die angegebene Kombination von Hilfsmittelkennzeichen und/oder Produktbesonderheiten entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen.

§ 5 Nachrichtenaustausch

Der vorgangsbezogene Nachrichtenaustausch ist über das Modul „Nachrichten/Notizen“ sicherzustellen. Dieses Modul erfüllt die Anforderungen an den Datenschutz. E-Mails sind aus datenschutzrechtlichen Gründen für den Nachrichtenaustausch nicht zulässig.

§ 6 Lieferbestätigung

Sofern die Ersatzkasse dies technisch vorgesehen hat, ist die Auslieferung nach erfolgter Lieferung im eKV zu bestätigen. Beim Versand von Hilfsmitteln sind unter Bemerkungen die Sendungsverfolgungsnummer und die Internetadresse des Versanddienstleisters einzutragen.

§ 7 Inkrafttreten und Laufzeit der Anlage

Diese Anlage tritt ab 01.02.2026 in Kraft. Sie gilt unbefristet.

Änderungen dieser Anlage bedürfen der Schriftform.

Mit der Kündigung des Rahmenvertrages gelten auch die Anlagen und der Anhang als gekündigt.

Berlin/XXX, _____

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

XXX

Referenzvertrag 34

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 SGB V
Beratung des Versicherten und Mehrkostenerklärung

Versorgender

Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher
Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
☐ vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus,
Pflegeheim)

Ich werde erstmalig mit Haarersatz versorgt:

- ☐ Ja
☐ Nein. Letzte Versorgung am

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/
Bevollmächtigten oder Angehörigen)

umfassend über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten, aufzahlungsfrei
angebotenen Versorgungsmöglichkeiten mit Haarersatz beraten.

Folgende Versorgung ist für mich geeignet und wird von meiner Krankenkasse aufzahlungsfrei
zur Verfügung gestellt:

Versorgungsart	Es besteht Anspruch auf*	Ich wähle folgende Versorgung	
		aufzahlungsfrei*	aufzahlungspflichtig*
Alle Verarbeitungen, Größen, Haarlängen, Haarfarben			
Kunsthhaar Vollperücke (Mindesttragedauer 6 Monate)			
Kunsthhaar Teilbereichsperücke			

(Mindesttragedauer 6 Monate)			
Kunsthaar (Mindesttragedauer 12 Monate) bei bestimmten Diagnosen			
Echthaar Vollperücke (Mindesttragedauer 15 Monate) Allergieattest muss vorliegen			
Echthaar Teilbereichsperücke (Mindesttragedauer 15 Monate) Allergieattest muss vorliegen			
individuell gefertigter Haarersatz			

*bitte ankreuzen

- ☐ Ich habe mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entschieden und bin bereit, die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind insbesondere bestimmt durch:

- ☐ Haarqualität/Haarlänge
- ☐ längere Haltbarkeit/Tragedauer
- ☐ Trageeigenschaften
- ☐ Variabilität beim Frisieren

Die Summe der Mehrkosten beträgt: _____ EUR

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Daten zum Zweck meiner Versorgung mit Haarersatz durch den o. g. Leistungserbringer gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Im Rahmen der Versorgung und Abrechnung der Leistungen darf der o. g. Leistungserbringer meine für die Abrechnung relevanten Daten an meine Krankenkasse weiterleiten.

Eine Kopie des Nachweises der Beratung und das Informationsblatt habe ich erhalten.

- ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Informationsblatt zur Versorgung mit Haarersatz

Die Versorgung mit Haarersatz erfolgt bei vorübergehendem oder langfristigem, großflächigem, massivem Verlust des Haupthaares, wenn diesem unter dem Aspekt der entstellenden Wirkung Krankheitswert zukommt bzw. zur Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Zum Ersatz des Kopfhaares/Haupthaares stehen Vollperücken oder Teilbereichsperücken aus unterschiedlichen Materialien zur Verfügung.

Das Material der verwendeten Haare (Kunstfaser, Mischhaar, Echthaar), die Art der Montur (Basismaterial/Haarträger) und die Bearbeitung, wie die Haare darauf befestigt werden, sind unterschiedlich und entscheidend für die Qualität der Perücke und das Tragegefühl.

Die Regelversorgung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Versorgung mit konfektioniertem Kunsthaar. Lediglich bei Kopfdeformitäten, die mit Standardperücken nicht versorgt werden können, kommt maßgefertigter Haarersatz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht.

Konfektionierter Haarersatz	Mindest-tragedauer	Beschreibung	Aufzahlung?
Kunsthaar Vollperücke/ Teilbereichsperücke	sechs Monate		Regelversorgung aufzahlungsfrei
Kunsthaar Vollperücke/ Teilbereichsperücke	zwölf Monate	Alle Verarbeitungen, Größen, Haarlängen, Haarfarben	Aufzahlungsfrei bei folgenden Indikationen: L63.0 Alopecia (cranialis) totalis L63.1 Alopecia universalis L64.8 Sonstige Alopecia androgenetica L64.9 Alopecia androgenetica L66.- Narbige Alopezie (Haarausfall mit Narbenbildung) L66.0 Pseudopelade Brocq L66.1 Lichen planopilaris, Lichen ruber follicularis L66.2 Folliculitis decalvans L66.3 Folliculitis et Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens L66.4 Atrophodermia vermiculata, Folliculitis

			<ulerythematosia reticulata,<br=""></ulerythematosia> Ulerythema acneiforme L66.8 Sonstige narbige Alopezie L66.9 Narbige Alopezie, nicht näher bezeichnet Q84.0 Angeborene Alopezie
Echthaar	15 Monate		Aufzahlungsfrei bei ärztlich nachgewiesenen allergischen Reaktionen der Kopfhaut oder anderer nachgewiesenen krankheitsbedingten Unverträglichkeiten sowie bei durch fachärztliches Attest belegter Hyperhidrose am Kopf oder Kopfhauterkrankungen

Vertragspartnerliste Stand:

[illegible]

Preisvereinbarung

Schlüssel „Leistungserbringergruppe“: 19 50 341

§ 1 Preise

(1) Die angegebenen Preise verstehen sich als **Maximalpreise** und exklusive der gesetzlichen Mehrwertsteuer (Nettopreis). Sind in den Verkaufspreislisten niedrigere Preise genannt, gelten diese.

(2) Für die Lieferung von Haarersatz und die in Anlage 1 beschriebenen Leistungen gelten die folgenden Preise:

Hilfsmittel- pos. Nr.	Hilfsmittel- kennzei- chen	Produktbe- sonderheit	Beschreibung	Tragedauer	Beschreibung	Genehmi- gungspflicht	Verordnung notwendig	Preis (netto)
34.18.01			Haarersatz, konfektioniert					
34.18.01.0900	00 Erstversor- gung	0000000000	Kunsthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	mindestens sechs Monate	alle Verarbeitungen alle Größen	grundsätzlich nein	ja	370,06 EUR
	10 Folgeversor- gung	0000000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 0000009000	Kunsthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	mindestens sechs Monate	alle Haarlängen und Haarfarben	grundsätzlich nein, aber ja bei <u>vorzeitiger</u> Versorgung	ja	370,06 EUR
	10 Folgeversor- gung	0000000400 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 0000009400	Kunsthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	mindestens zwölf Monate immer nur bei konkreten ICD-		Ja	Ja	703,15 EUR

Anhang 1 zum Vertrag zur Versorgung mit Haarersatz vom 01.02.2026 zwischen XXX und vdek

				10 Diagnosen siehe § 2 Absatz 3				
	00 Erstversor- gung bzw. 10 Folgever- sorgung	1201000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 1201009000	Kunsthaar Vollperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr	mindestens sechs Monate		grundsätzlich nein; aber ja, bei <u>vorzeitiger</u> Versorgung	ja	495,23 EUR
	10 Folgeversor- gung	1201000400 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 1201009400	Kunsthaar Vollperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr	mindestens zwölf Monate immer nur bei konkreten ICD- 10 Diagnosen siehe § 2 Absatz 3		ja	ja	940,94 EUR
34.18.01.1900	00 bzw. 10	0000000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 0000009000	Kunsthaar Teilbereichsperücke Erwachsenenversorgung	mindestens sechs Monate		grundsätzlich nein, aber ja bei <u>vorzeitiger</u> Versorgung	ja	353,06 EUR
	00 bzw. 10	1201000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 1201009000	Kunsthaar Teilbereichsperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr	mindestens sechs Monate		grundsätzlich nein, aber ja bei <u>vorzeitiger</u> Versorgung	ja	478,34 EUR

Anhang 1 zum Vertrag zur Versorgung mit Haarersatz vom 01.02.2026 zwischen XXX und vdek

34.18.01.2900	00 bzw. 10	0000000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 0000009000	Echthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	mindestens 15 Monate		ja	ja	973,54 EUR
	00 bzw. 10	1201000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 1201009000	Echthaar Vollperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr	mindestens 15 Monate		ja	ja	1.206,69 EUR
34.18.01.3900	00 bzw. 10	0000000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 0000009000	Echthaar Teilbereichsperücke Erwachsenenversorgung	mindestens 15 Monate		ja	ja	787,50 EUR
	00 bzw. 10	1201000000 bzw. bei vorzeitiger Versorgung 1201009000	Echthaar Teilbereichsperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr	mindestens 15 Monate		ja	ja	1020,65 EUR

Hilfsmittelpos. Nr.	Hilfsmittel- kennzeichen	Produkt- besonderheit	Beschreibung	Beschreibung	Genehmigungs- pflicht	Verordnung notwendig	Preis (netto)
34.18.02			Haarersatz, individuell gefertigt				
34.18.02.0900	00 bzw. 10	0000000000	Kunthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung	alle Verarbeitungen	ja	ja	KV
	00 bzw. 10	1201000000	Kunthaar Vollperücke		ja	ja	KV

Anhang 1 zum Vertrag zur Versorgung mit Haarersatz vom 01.02.2026 zwischen XXX und vdek

			Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr	alle Größen			
34.18.02.1900	00 bzw. 10	0000000000	Kunthaar Teilbereichsperücke Erwachsenenversorgung	alle Haarlängen und Haarfarben	ja	ja	KV
	00 bzw. 10	1201000000	Kunthaar Teilbereichsperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr		ja	ja	KV
34.18.02.2900	00 bzw. 10	0000000000	Echthaar Vollperücke Erwachsenenversorgung		ja	ja	KV
	00 bzw. 10	1201000000	Echthaar Vollperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr		ja	ja	KV
34.18.02.3900	00 bzw. 10	0000000000	Echthaar Teilbereichsperücke aus Erwachsenenversorgung		ja	ja	KV
	00 bzw. 10	1201000000	Echthaar Teilbereichsperücke Versorgung Kinder und Jugendliche bis Vollendung 16. Lebensjahr		ja	ja	KV

(3) Die Regelungen der Anlage 1 des Vertrages sind zwingend zu beachten.

Indiziert ist Haarersatz bei vorübergehendem oder langfristigem, großflächigem, massivem Haarverlust wegen einer Krankheit bzw. zur Sicherung der Teilhabe am Leben der Gesellschaft bei:

- Chemotherapie
- Strahlenbehandlung
- vorübergehender oder dauerhafter Medikamentengabe
- Operationen
- Infekten oder anderen entzündlichen Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- psychischen Erkrankungen mit/durch Haarverlust
- sonstigen Erkrankungen mit Haarverlust

- Deformitäten des Kopfes mit entstellender Wirkung
- Unfallfolgen.

Grundsätzlich sollte vorrangig auf konfektionierten Haarersatz zurückgegriffen werden. Lediglich bei Kopfdeformitäten, die mit Standardperücken nicht versorgt werden können, kommt individuell gefertigter Haarersatz bei krankheitsbedingtem vorübergehendem oder langfristigem Haarverlust zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. In derartigen Fällen ist eine Begründung bzw. ein Nachweis mit dem eKV einzureichen.

Die Regelversorgung ist die Versorgung mit Kunsthaar.

Die jeweils angegebene Tragedauer ist eine Mindesttragedauer.

Insbesondere bei folgenden ICD-10 Diagnosen können Folgeversorgungen mit Kunsthaar mit einer Mindesttragedauer von zwölf Monaten erfolgen:

L63.0 Alopecia (cranialis) totalis

L63.1 Alopecia universalis

L64.8 Sonstige Alopecia androgenetica

L64.9 Alopecia androgenetica

L66.- Narbige Alopezie (Haarausfall mit Narbenbildung)

L66.0 Pseudopelade Brocq

L66.1 Lichen planopilaris, Lichen ruber follicularis

L66.2 Folliculitis decalvans

L66.3 Folliculitis et Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens

L66.4 Atrophoderma vermiculata, Folliculitis ulerythematososa reticulata, Ulerythema acneiforme

L66.8 Sonstige narbige Alopezie

L66.9 Narbige Alopezie, nicht näher bezeichnet

Q84.0 Angeborene Alopezie

Die Versorgung mit Echthaar kommt ausschließlich dann in Betracht, sofern Kunsthaar aufgrund ärztlich nachgewiesener allergischer Reaktionen der Kopfhaut oder anderer nachgewiesener krankheitsbedingter Unverträglichkeit nicht einsetzbar ist. Ein entsprechender

Allergietest vom Facharzt ist nachzuweisen und mit dem eKV einzureichen. Gleichlautend mit Allergie sind auch andere Erkrankungen, wie z. B. Hyperhidrose am Kopf, Kopfhauterkrankungen. Diese müssen ebenfalls durch ein fachärztliches Attest belegt sein.

- (4) Bei der Abrechnung nach § 302 SGB V muss das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ ausgefüllt werden. Für die erstmalige Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen mit Haarersatz nach dieser vertraglichen Vereinbarung wird das Kennzeichen „00“ verwendet. Bei einer Folgeversorgung findet das Kennzeichen „10“ seine Anwendung. Die Folgeversorgung bezieht sich ausschließlich auf dieselbe Hilfsmittelpositionsnummer. Bei einem Produktwechsel ist erneut eine Erstversorgung (00) zu beantragen.

§ 2 Dauer der Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.02.2026 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2027 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Unabhängig von der in Ziffer 1 geregelten Kündigung kann die einzelne Ersatzkasse diesen Anhang jederzeit ohne Angaben von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2027 schriftlich kündigen. Die Geltung des Anhangs für die anderen Ersatzkassen wird hiervon nicht berührt.

Berlin/XXX, _____

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

XXX