

Um Sie rund um das Thema Hilfsmittelanträge und-abrechnungen zu begleiten, hat die KNAPPSCHAFT unter www.kbs.de/hilfsmittel und www.kbs.de/datenaustausch Informationen und Wissenswertes zusammengestellt. Ergänzende Informationen für elektronische Kostenvoranschläge und DTA-Abrechnungen verschiedener Vertragskonzepte finden Sie auch unter www.kbs.de/himi-vertragsinfos. Diese ergänzen die vertraglichen Regelungen und die Technische Anlage zum Datenträgeraustausch.

Einige der häufigsten Fragen in unseren Hilfsmittelfachzentren und-abrechnungsstellen haben wir hier für Sie zusammengefasst:

Vertragliche Fragen	
Frage	Antwort
Wo finde ich eine Übersicht meiner mit der KNAPPSCHAFT abgeschlossenen Vereinbarungen?	Alle in MIP hinterlegten Verträge, denen Sie als Leistungserbringer beigetreten sind, auch Verbandsverträge, sind im MIP Vertragsmanager einsehbar. Weiteres hierzu finden Sie unter www.kbs.de/himi-vertragsinfos
Wie kann ich einem Vertrag beitreten?	Vertragsbeitritte sind über den kostenfreien MIP-Vertragsmanager möglich. Soweit ein Vertrag im MIP-Vertragsmanager noch nicht verfügbar ist, wenden Sie sich bitte an das zuständige Vertragsreferat www.kbs.de/himi-vertragsdienststellen
Was ist ein Grundvertrag und wofür brauche ich diesen?	Die Verträge der KNAPPSCHAFT sind so aufgebaut, dass alle allgemeinen produktgruppenübergreifende Regelungen im Grundvertrag vereinbart sind. Produktspezifische Besonderheiten wie Leistungsumfang und Vergütung sind nach Produktbereichen getrennt in einzelnen Anlagen geregelt (Preisvereinbarung). Einer Preisvereinbarung kann nur beigetreten werden, wenn auch ein gültiger Grundvertrag abgeschlossen wird bzw. wurde. Der Beitritt zum Grundvertrag (LEGS 9999999) ist ebenfalls über den MIP-Vertragsmanager möglich.
Mir liegt ein Vertrag/Beitritt vor, dieser ist aber im Fachzentrum für Hilfsmittel der KNAPPSCHAFT nicht erkennbar.	Dies kann verschiedene Gründe haben zum Beispiel ein nicht hinterlegtes Filial-IK. Prüfen Sie, die in MIP (für das/die IKs) hinterlegten Verträge und holen Sie ggf. den Beitritt (für das/die IKs) nach. Falls hierdurch das Problem nicht gelöst werden kann, wenden Sie sich bitte zur weiteren Klärung an Ihre zuständige Vertragsdienststelle der KNAPPSCHAFT www.kbs.de/himi-vertragsdienststellen
Wie und wo finde ich die richtigen Hilfsmittelnummern, Verwendungskennzeichen, etc. für bestimmte Produktbereiche?	In der Regel sind alle notwendigen Informationen in der jeweiligen Vereinbarung ersichtlich, meist im Preisanhang. Für bestimmte Versorgungsbereiche, z. B. die Pflegehilfsmittel, haben wir auch ergänzende Hinweise auf unserer Internetseite veröffentlicht www.kbs.de/himi-vertragsinfos

<p>Wann sind die Präqualifizierungen bei uns geschlüsselt? Warum dauert es bei einem IK-Wechsel durch Inhaberwechsel so lange?</p>	<p>Die KNAPPSCHAFT bezieht die Präqualifizierungsdaten über eine Datenbank des GKV-Spitzenverbandes. Hier erfolgt ein regelmäßiges automatisches Update. Wenn im Einzelfall Daten noch nicht in unserem System erkennbar sind, kann es sein, dass die Daten z. B. noch nicht durch die jeweilige Präqualifizierungsstelle an den GKV-SV gemeldet wurden.</p> <p>In eiligen Fällen können Sie uns die Präqualifizierung durch Vorlage Ihrer PQ-Urkunde nachweisen. Laden Sie diese im MIP-Vertragsmanager als Nachweis hoch. Wir kümmern uns dann darum.</p>
<p>Zahlt die KNAPPSCHAFT Zuschläge aufgrund der aktuell erhöhten Beschaffungskosten?</p>	<p>Für bestimmte Produktbereiche können Zuschläge aufgrund der aktuell erhöhten Beschaffungskosten abgerechnet werden. Bei bestimmten Produkten (zzt. Kranken- und Pflegebetten, Sitzschalen) besteht die Möglichkeit einer neuen Vereinbarung mit erhöhten Vertragspreisen beizutreten. Die aktuellsten Informationen veröffentlichen wir unter www.kbs.de/himi-beschaffungskosten</p>
<p>Können die Beschaffungskosten rückwirkend geltend gemacht werden?</p>	<p>Die Abrechnung der Zuschläge ist möglich, wenn die Versorgung ab dem 15. September 2021 erfolgte und bisher nicht abgerechnet wurde. Eine Korrektur von bereits erfolgten Abrechnungen wird nicht vorgenommen.</p> <p>Wenn der Beitritt zu einer neuen Vereinbarung notwendig ist, können die erhöhten Preise erst mit dem Datum des Vertragsbeginns geltend gemacht werden.</p>
<p>Welche Versorgungsmengen sind mit den Vertragspreisen einer Vergütungspauschale abgegolten?</p>	<p>Inhalt der Vereinbarungen ist immer die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Das heißt, dass es -soweit nicht ausdrücklich anders vereinbart- bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit keine Begrenzung bei der Produktmenge z. B. bei Inkontinenzartikeln oder Sauerstoffflaschen gibt.</p> <p>Der Leistungserbringer kann den Versicherten zu ggf. geeigneteren Produkten, wie z. B. Inkontinenzartikeln mit größerer Saugmenge oder Selbstabfüllanlagen für Druckgasflaschen beraten und diese im Rahmen des Vertragspreises zur Verfügung zu stellen.</p>
<p>Welche Zurüstungen und welches Zubehör sind mit dem Vertragspreis abgegolten?</p>	<p>Der Umfang der/des mit dem Vertragspreis abgegoltenen Zurüstungen/Zubehörs ist in der vertraglichen Vereinbarung beschrieben.</p>
<p>Wann ist bei einer Dauergenehmigung wieder eine ärztliche Verordnung einzureichen?</p>	<p>In der Vergangenheit wurden zu einzelnen Bereichen unbefristete Genehmigungen erteilt. Die weitere medizinische Notwendigkeit war in einzelnen Produktbereichen in regelmäßigen Abständen durch Vorlage einer aktuellen ärztlichen Verordnung bei der Abrechnung nachzuweisen. Zu welchem Zeitpunkt die Vorlage erfolgen muss, kann der jeweiligen Vereinbarung entnommen werden.</p> <p>Im Jahr 2020 sind wir dazu übergegangen, Dauergenehmigungen auf einen bestimmten Zeitraum zu befristen. Die Befristungen sind durch den Vertragspartner zu beachten. Alle Rundschreiben, mit denen in der Vergangenheit vertragliche Befristungen ausgesetzt wurden, sind aufgehoben.</p>

	<p>Soweit Ihnen im Einzelfall noch eine unbefristete Genehmigung vorliegt, sind hinsichtlich der Geltung und des Weiteren Verfahrens die aktuellen vertraglichen Regelungen zu beachten. Sie können regeln, wann und wie eine erneute Genehmigung zu beantragen ist. Neue Versorgungen werden ausschließlich befristet genehmigt.</p> <p>Die Befristung hat den Vorteil, dass keine Unsicherheiten mehr zum Zeitpunkt der notwendigen Folgeverordnung aufkommen können. Die Folgeverordnung wird -entsprechend der vertraglichen Regelungen- in der Regel bei Ablauf der Befristung wieder mit einem neuen Kostenvoranschlag einzureichen sein.</p>
Wo schicke ich die aktuelle Präqualifizierungsurkunde (PQ) hin?	<p>Der GKV-Spitzenverband meldet uns die gültigen PQ-Daten. Die Übersendung der PQ-Urkunde durch Sie ist daher grundsätzlich nicht erforderlich. Falls Sie uns diese dennoch übermitteln wollen, können Sie diese gerne über den MIP Vertragsmanager hochladen. Weitere Informationen zum MIP Vertragsmanager finden Sie unter: www.kbs.de/himi-vertragsinfos</p> <p>Im Einzelfall kann es vorkommen, dass uns bei einem Beitrittswunsch Ihrerseits die aktuellen PQ-Daten noch nicht vorliegen. In diesen Fällen fordern wir dann die notwendigen Unterlagen bei Ihnen an.</p>

Genehmigung: Fragen rund um das Genehmigungsverfahren	
Frage	Antwort
Wieso erhalte ich einen Direktauftrag ohne den Kunden zu kennen und einen Kostenvoranschlag eingereicht zu haben?	<p>Die Wahl des Leistungserbringers hat durch die/den Versicherte/n zu erfolgen. Wir empfehlen unseren Versicherten daher sich mit Ihrer Verordnung direkt an einen Vertragspartner seiner Wahl zu wenden.</p> <p>Wendet sich der Versicherte mit einer Verordnung direkt an uns, nehmen wir vor der Auftragserteilung Kontakt mit diesem auf und bitten ihn, einen Vertragspartner für seine Versorgung auszuwählen.</p>
Warum erhalten wir bei einem Direktauftrag keine Verordnung?	Soweit eine Verordnung vorliegt, wird diese bei einem Direktauftrag durch uns einbehalten. Eine Übermittlung ist uns technisch aktuell nicht möglich. Der Direktauftrag kann ohne die Verordnung ausgeführt und später abgerechnet werden. Für die Versorgung notwendige Informationen auf der Verordnung übermitteln wir an geeigneter Stelle im Direktauftrag.
Warum wird mein Kostenvoranschlag gekürzt?	Eine Kürzung kann verschiedene Gründe haben. Z. B. wird ein Kostenvoranschlag gekürzt, wenn ein Betrag oberhalb der vertraglich vereinbarten Vergütung angeboten wird oder auf dem Kostenvoranschlag wurden Positionen angeboten, welche entweder bereits mit dem Vertragspreis abgegolten wurden bzw. nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

<p>Welche Produkte sind genehmigungspflichtig und welche genehmigungsfrei?</p>	<p>Grundsätzlich unterliegen alle Hilfsmittelversorgungen der Genehmigungspflicht, außer vertraglich ist Genehmigungsfreiheit vereinbart. Ob und unter welchen Bedingungen Hilfsmittel genehmigungsfrei abgegeben werden können, entnehmen Sie daher bitte der jeweils gültigen vertraglichen Vereinbarung.</p> <p>Sollte für den Produktbereich keine Vereinbarung bestehen, reichen Sie uns bitte einen Kostenvoranschlag zusammen mit der Verordnung ein.</p>
<p>Warum wird ein elektronischer Kostenvoranschlag für eine genehmigungspflichtige Versorgung mit dem Hinweis auf die Genehmigungsfreiheit zurückgewiesen und was mache ich in den Fällen?</p>	<p>Auch bei grundsätzlich genehmigungsfreien Versorgungen, kann in bestimmten Fällen ein Kostenvoranschlag erforderlich sein. z. B. Bei Mehrfachversorgung oder Versorgungen vor Ablauf eines Garantiezeitraumes.</p> <p>In diesen Fällen ist in der Notiz zum elektronischen Kostenvoranschlag ein Hinweis für den Grund des Kostenvoranschlags einzutragen.</p> <p>Wird der Fall dennoch als genehmigungsfrei zurückgegeben, nehmen Sie bitte Kontakt mit dem Fachzentrum auf.</p>
<p>Was ist bei einem Inhaberwechsel zu beachten und kann ich laufende Dauerversorgungen von meinem Vorgänger übernehmen?</p>	<p>Bei einem Inhaberwechsel mit einem Wechsel des Institutionskennzeichens kann die weitere Versorgung der Kunden erfolgen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine gültige Präqualifizierung beantragt wird/vorliegt • eine vertragliche Vereinbarung zum jeweiligen Produktbereich besteht (www.kbs.de/himi-vertragsinfos) • Sie von jedem versorgten Kunden eine Wahlerklärung vorliegen haben (muss nur auf Nachfrage vorgelegt werden) • Sie einen neuen (elektronischen) Kostenvoranschlag mit dem Hinweis: „Inhaberwechsel, Wahlerklärung des Versicherten liegt vor.“ einreichen und dieser durch uns genehmigt wird.

Abrechnung: Fragen rund um die Abrechnung im Datenträgeraustausch (§302 SGB V)	
Frage	Antwort
Welches Institutionskennzeichen der KNAPPSCHAFT muss im DTA angegeben werden?	Krankenversicherung: 10 99 0500 3 Pflegeversicherung: 18 99 0500 3
Was ist ein AC / TK?	Jeder Preisvereinbarung zwischen der KNAPPSCHAFT und den Leistungserbringern ist ein eindeutiger Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) zugeordnet. Der siebenstellige Schlüssel setzt sich aus dem Abrechnungscode (AC) und dem Tarifkennzeichen (TK) der Preisvereinbarung zusammen Das AC/TK finden Sie im Preisanhang der jeweiligen Vereinbarung (Anhang A ff.).
Was ist das Verwendungskennzeichen / Hilfsmittelkennzeichen und wo finde ich dieses?	Das Verwendungskennzeichen beschreibt die Art der Hilfsmittellieferung, z. B. 00 für eine Neulieferung, 05 für eine Zurichtung oder 08 für eine Vergütungspauschale. Das jeweils zu verwendende Kennzeichen finden Sie im Preisanhang der jeweiligen Vereinbarung (Anhang A ff.)
Welche Unterlagen müssen bei der Abrechnung eingereicht werden?	Welche Unterlagen bei der Abrechnung einzureichen sind, entnehmen Sie der jeweils gültigen vertraglichen Vereinbarung. Bei einzelvertraglich vereinbarten Versorgungsleistungen reichen Sie mit der Abrechnung bitte den Lieferschein/-nachweis ein.
Muss die Genehmigung im Original eingereicht werden?	Bei Angabe des Genehmigungskennzeichens im DTA ist keine zusätzliche Übersendung der Genehmigung in Papier erforderlich.
Muss die Verordnung bei der Abrechnung mit eingereicht werden?	Dies kann der gültigen vertraglichen Vereinbarung entnommen werden. z. B. ist bei genehmigungspflichtigen Versorgungsleistungen keine Verordnung bei der Abrechnung notwendig; bei genehmigungsfreien Versorgungsleistungen in der Regel schon.
Wie sieht es bei Direktaufträgen aus?	Bei einem Direktauftrag haben wir die Verordnung in der Regel bei Auftragserteilung einbehalten. Eine Zusendung mit der Abrechnung ist nicht erforderlich.
Mir wurde eine Rechnung abgesetzt, was kann ich machen?	In der Regel werden die Absetzungen durch ein Kürzungsschreiben begründet. Bitte gleichen Sie den Grund der Absetzung ggf. mit den vertraglichen Regelungen ab. Sollten weitere Fragen offen sein, wenden Sie sich bitte an die zuständige Abrechnungsstelle. www.kbs.de/himi-abrechnungsstellen

	<p>Hinweis: Bei Pflegehilfsmitteln werden keine Kürzungsschreiben versandt. Hier wird auf unsere Ausführungen unter www.kbs.de/himi-vertragsinfos verwiesen.</p>
<p>Mir wird eine Rechnung abgesetzt, weil in den letzten x Jahren bereits eine Vorversorgung erfolgte, was kann ich machen?</p>	<p>In solchen Fällen sind Sie vertraglich aufgefordert, sich durch die/den Versicherte/n schriftlich bestätigen zu lassen, dass eine Vorversorgung in den letzten x Jahren nicht erfolgt ist. Haben Sie dies versäumt, ist die Absetzung berechtigt.</p> <p>Hat der Versicherte falsche Angaben gemacht ist zu prüfen, durch wen die Vorversorgung erfolgte.</p> <p>Ist die Vorversorgung ebenfalls durch Sie erfolgt, hätte die neue Versorgung erst nach Einholung einer Genehmigung erfolgen dürfen; die Nachholung des Genehmigungsverfahrens ist nicht möglich. Die Absetzung ist berechtigt.</p> <p>Sofern die Vorversorgung durch einen anderen Leistungserbringer erfolgte und der Versicherte falsche Angaben gemacht hat, könnte eine Berechnung gegenüber dem Versicherten in Betracht kommen. Je nachdem, ob und ggf. welche Vereinbarung sie mit ihm getroffen haben.</p>