

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

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. Den MIP-Vertragsmanager erreichen Sie über >> MIP-Vertragsmanager von medicomp Darüber hinaus steht Ihnen auch der MIP-Support für diesbezügliche Hilfestellungen gerne zur Verfügung. support@medicomp.de 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 produktgruppenübergreifenden 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 9999998) 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 bitte die in MIP (für das/die IKs) hinterlegten Verträge und holen Sie ggf. den Beitritt (für das/die IKs) nach. Für einen reibungslosen Ablauf im Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren empfehlen wir Ihnen, Ihre MIP-Daten und Verträge eigenständig auf dem Laufenden zu halten. Falls hierdurch das Problem nicht gelöst werden kann, wenden Sie sich bitte zur weiteren Klärung zunächst an den MIP-Support >> support@medicomp.de oder an Ihre zuständige Vertragsdienststelle der KNAPPSCHAFT unter www.kbs.de/himi-vertragsdienststellen

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

<p>Wie und wo finde ich die richtigen Hilfsmittelpositionsnummern, Verwendungskennzeichen, etc. für bestimmte Produktbereiche?</p>	<p>In der Regel sind alle notwendigen Informationen in der jeweiligen Vereinbarung ersichtlich, meist im Preisanhang. Sofern im Preisanhang des jeweiligen Produktbereiches Pseudo-Positionsnummern (10-stellig, 3. & 4. Stelle „00“) angegeben sind, sind diese sowohl im Genehmigungs- als auch im Abrechnungsverfahren zu verwenden. Für eine reibungslose Abrechnung bitten wir, diese Pseudo-Positionsnummer anstelle der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten 10-stelligen Positionsnummer des abgegebenen Einzelproduktes zu nutzen.</p> <p>Für bestimmte Versorgungsbereiche, z. B. die Pflegehilfsmittel, haben wir auch ergänzende Hinweise auf unserer Internetseite veröffentlicht www.kbs.de/himi-vertragsinfos</p>
<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>Wo schicke ich die aktuelle Präqualifizierungsurkunde (PQ) hin?</p>	<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 im 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>
<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 gibt.</p> <p>Der Leistungserbringer kann den Versicherten zu ggf. geeigneteren Produkten, wie z. B. Inkontinenzartikeln mit größerer Saugmenge 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>

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

Wann ist bei einer Dauergenehmigung wieder eine ärztliche Verordnung einzureichen?

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.

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.

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.

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.

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

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. In diesem Fall erhält der gewählte Leistungserbringer einen Direktauftrag.</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.
Welche Hilfsmittelpositionsnummern sind bei einem Kostenvoranschlag anzugeben?	Die für den Kostenvorschlag zu verwendenden Hilfsmittelpositionsnummern sind der jeweiligen Vereinbarung (im Preisanhang inkl. der dortigen Erläuterungen) zu entnehmen. In der Regel ist dies die 7-stellige Produktart des verordneten Hilfsmittels. Sofern in der Vereinbarung abweichend Pseudo-Positionsnummern (10-stellig, 3. & 4. Stelle „00“) angegeben sind, sind diese sowohl im Genehmigungs- als auch im Abrechnungsverfahren zu verwenden.
Wie ist ihr Genehmigungsschreiben ohne Angabe eines Leistungserbringers zu verstehen?	<p>Wenn Versicherte uns eine ärztliche Verordnung für ein Hilfsmittel zuleiten, jedoch noch keinen Leistungserbringer ausgewählt haben, stellen wir dieses Genehmigungsschreiben nach Anspruchsprüfung der/dem Versicherten zur Verfügung. Mit dieser Genehmigung können sich unsere Versicherten für die weitere Versorgung dann direkt an einen Vertragspartner Ihrer Wahl wenden. Das Schreiben hat eine Gültigkeit von vier Wochen, analog der Gültigkeit einer ärztlichen Verordnung und verfügt über nachfolgende Hinweisbox:</p> <p style="text-align: center;"><u>Hinweis für den Vertragspartner:</u></p> <p style="text-align: center;">Handelt es sich um ein genehmigungsfreies Hilfsmittel, können Sie bei der Abrechnung dieses Schreiben statt einer ärztlichen Verordnung beifügen. Für ein genehmigungspflichtiges Hilfsmittel können Sie dieses Schreiben anstelle einer Verordnung mit dem eKV übermitteln.</p> <p style="text-align: center;">Dieses Schreiben kann nur bis XX.XX.XXXX als Ersatz für eine Verordnung genutzt werden. Bis dahin muss das Schreiben bei Ihnen abgegeben werden. Bitte dokumentieren Sie den Eingang.</p> <p>Damit es nicht zu zeitlichen Verzögerungen kommt, bitten wir Sie, die Versorgungen entsprechend der vertraglichen Vereinbarungen sowie der Hinweisbox vorzunehmen.</p>

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

<p>Wie kann ich mich nach dem Sachstand zu meinem eingereichten Kostenvoranschlag erkundigen?</p>	<p>Nutzen Sie für eine Sachstandsanfrage bitte ausschließlich das eKV-Mitteilungswesen innerhalb ihres eingereichten eKVs. Diese wird auf dem schnellsten Wege an den zuständigen Ansprechpartner übermittelt. Keinesfalls sollten Sie den Vorgang als erneuten eKV zur Erinnerung einreichen oder per Telefax erinnern. Dies würde die Bearbeitung nur unnötig verzögern. Sie erhalten so schnell wie möglich eine Rückmeldung von uns.</p>
<p>Warum wird mein Kostenvoranschlag gekürzt?</p>	<p>Eine Kürzung kann verschiedene Gründe haben. Z. B. wird ein Kostenvoranschlag gekürzt, wenn ein Betrag oberhalb der vertraglich vereinbarten Vergütung angeboten wird oder es wurden auf dem Kostenvoranschlag Positionen angeboten, welche entweder bereits mit dem Vertragspreis abgegolten sind bzw. nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.</p>
<p>Welche Produkte sind genehmigungspflichtig und welche genehmigungsfrei?</p>	<p>Grundsätzlich unterliegen alle Hilfsmittelversorgungen der Genehmigungspflicht, es sei denn, es ist vertraglich 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. Bitte prüfen Sie vor dem Einreichen eines Kostenvorschlages, ob nach den vertraglichen Regelungen tatsächlich ein Genehmigungsverfahren erforderlich ist.</p> <p>Nur in diesen Fällen ist von Ihnen in der Notiz zum elektronischen Kostenvoranschlag ein Hinweis für den Grund des Kostenvorschlags 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.

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

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.) inkl. der Erläuterung in der Legende.
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 Versorgungsmitteln reichen Sie mit der Abrechnung bitte den Lieferschein/-nachweis ein.
Welche Hilfsmittelpositionsnummer(n) sind bei der Abrechnung der Leistung anzugeben?	Die für die Abrechnung zu verwendenden Hilfsmittelpositionsnummern sind der jeweiligen Vereinbarung (im Preisanhang inkl. der dortigen Erläuterungen) zu entnehmen. Sofern in der Vereinbarung Pseudo-Positionsnummern (10-stellig, 3. & 4. Stelle „00“) angegeben sind, achten Sie bitte darauf, dass Sie diese Pseudo-Positionsnummern anstelle der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten 10-stelligen Positionsnummer des Einzelproduktes in Ihrer Rechnung ansetzen. Bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln ist grundsätzlich die sich aus unserer Genehmigung ergebende Hilfsmittelpositionsnummer anzugeben. Grundsätzlich sind nur 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummern zu verwenden, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet bzw. vertraglich vereinbart sind. Dies gilt auch dann, wenn in unserer Genehmigung nur eine 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummern angegeben ist.
Muss die Genehmigung im Original eingereicht werden?	Bei Angabe des Genehmigungskennzeichens im DTA ist keine zusätzliche Übersendung der Genehmigung in Papier erforderlich.

Häufig von Leistungserbringern gestellte Fragen

<p>Muss die Verordnung bei der Abrechnung mit eingereicht werden?</p> <p>Wie sieht es bei Direktaufträgen aus?</p>	<p>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.</p> <p>Bei einem Direktauftrag haben wir die Verordnung in der Regel bei Auftragserteilung einbehalten. Eine Zusendung mit der Abrechnung ist nicht erforderlich.</p>
<p>Mir wurde eine Rechnung abgesetzt, was kann ich machen?</p>	<p>Absetzungen werden 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>
<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 zwischen folgenden Fallgestaltungen zu unterscheiden:</p> <p>Die Vorversorgung ist ebenfalls durch Sie erfolgt: die neue Versorgung hätte erst nach Einholung einer Genehmigung erfolgen dürfen; die Nachholung des Genehmigungsverfahrens ist nicht möglich. Die Absetzung ist berechtigt.</p> <p>Die vorherige Versorgung erfolgte nicht durch Sie: Wenn 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>