

**Rahmenvertrag
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

über

**die Versorgung mit Hilfsmitteln
der Produktgruppe
17 (Kompressionstherapie)**

(Kompressions-Vertrag)

zwischen

spectrumK GmbH
Spittelmarkt 12
10117 Berlin

vertreten durch den Geschäftsführer
Herrn Yves Rawiel

-nachstehend spectrumK genannt-

und

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik
Reinoldistr. 7-9
44135 Dortmund

vertreten durch den Präsidenten
Herrn Klaus-Jürgen Lotz
und den Geschäftsführer
Herrn Norbert Stein

-nachstehend vertragschließender Verband genannt-

für die beigetretenen Verbände oder Zusammenschlüsse von Leistungserbringern

CURA-SAN GmbH, Dellplatz 17-19, 47051 Duisburg

EGROH Service GmbH, Berliner Str. 50, 35315 Homberg/Ohm

Sanitätshaus Aktuell AG, Auf der Höhe, 53560 Vettelschoß

-nachstehend jeweils Verband genannt-

Vertragsnummer: 35042-14

Leistungserbringergruppenschlüssel: 15 98 042

16 98 042

11 98 042

19 98 042

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand	4
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages	4
§ 3 Voraussetzungen	5
§ 4 Grundsätze der Versorgung	6
§ 5 Umfang der Leistung / Versorgung der Versicherten	8
§ 6 Instandhaltung/Instandsetzung	9
§ 7 Genehmigung	10
§ 8 Vergütung	11
§ 9 Zuzahlung und Mehrkosten	12
§ 10 Abrechnung	12
§ 11 Gewährleistung	14
§ 12 Haftung	14
§ 13 Beeinflussung, Depots und Werbung	15
§ 14 Datenschutz	16
§ 15 Prüfverfahren	16
§ 16 Verfahren bei Konflikten / Qualitätsmanagement	17
§ 17 Vertragsverstöße/Regressverfahren	17
§ 18 Dauer und Beendigung der Teilnahme von Verbänden und Leistungserbringern	18
§ 19 Inkrafttreten und Kündigung	19
§ 20 Sonderkündigungsrecht bei Fusion	19
§ 21 Schlussbestimmungen	20
Anlage 1 Hilfsmittel	22
Anlage 2 Teilnahmevoraussetzungen	23
Anlage 2a Datensatzbeschreibung	24
Anlage 3 Produktgruppe 17 - Kompressionstherapie	26
Anlage 4 a Empfangsbestätigung des Versicherten über den Erhalt des Hilfsmittels	33
Anlage 4 b Instandsetzungs- / Reparaturschein	34
Anlage 4 c Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten	35
Anlage 5a Beitrittserklärung Leistungserbringer zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie der PG 17 *	36
Anlage 5b Beitrittserklärung Verband zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie PG 17	39
Anlage 6 Am Kompressions-Vertrag teilnehmende Krankenkassen	40
Anlage 7 Erhebungsbogen für die lymphatische Versorgung	41

Präambel

Die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften können gemäß § 127 Abs. 2 SGB V mit Leistungserbringern oder deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung Verträge schließen, soweit Ausschreibungen nicht durchgeführt werden.

spectrumK ist eine Arbeitsgemeinschaft für Krankenkassen im Sinne des § 127 Abs. 2 SGB V.

Vertragschließender Verband im Sinne dieses Vertrages ist derjenige Verband oder sonstige Zusammenschluss von Leistungserbringern, mit dem dieser Vertrag als originärer Vertragspartner geschlossen wird.

Verband im Sinne dieses Vertrages ist ein dem Vertrag beitretender weiterer Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern. Im Rubrum dieses Vertrages sind die beitretenden Verbände aufgeführt, die vom vertragschließenden Verband während der Verhandlung vertreten wurden. Der Beitritt weiterer Verbände ist damit nicht ausgeschlossen.

Leistungserbringer im Sinne dieses Vertrages sind die dem Vertrag beitretenden Mitgliedsbetriebe des vertragschließenden Verbandes bzw. eines Verbandes sowie einzelne dem Vertrag beitretende Leistungserbringer.

§ 1 Vertragsgegenstand

(1) Gegenstand dieses Vertrages sind die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 (Kompressionstherapie) einschließlich deren Vergütung, Abrechnung sowie weiteren mit der Versorgung zusammenhängenden Leistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der Entwicklung nach wirtschaftlichen Grundsätzen (**Anlage 1**).

(2) Die in dem Vertrag benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

(3) Es besteht Einigkeit darüber, dass dieser mit dem vertragschließenden Verband geschlossene Vertrag gleichartige Verträge mit anderen Verbänden oder Leistungserbringern nicht ausschließt.

(4) Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabgabe besteht nicht.

(5) Den Versicherten bleibt es freigestellt, bei der Versorgung zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern zu wählen.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

(1) Dieser Vertrag hat Rechtswirkung für diejenigen Krankenkassen, die ihm beitreten (im Folgenden „Krankenkassen“ genannt). Dem vertragschließenden Verband, den Verbänden bzw. den einzeln beigetretenen Leistungserbringern wird durch spectrumK eine aktuelle Liste der beigetretenen Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

(2) Der Beitritt wird frühestens am ersten Tag des Monats wirksam, der dem Monat folgt, in dem die Krankenkasse ihren Beitritt gegenüber spectrumK erklärt hat, es sei denn, die beitretende Krankenkasse hat einen späteren Termin für das Wirksamwerden genannt. Mit

Wirksamwerden des Beitritts gilt dieser Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung für und gegen die beigetretene Krankenkasse.

(3) Im Übrigen treffen die Rechte und Pflichten sowie Obliegenheiten aus diesem Vertrag die einzelnen Krankenkassen dann, soweit sich aus der Natur der Sache oder aus dem Gesetz ergibt, dass diese nur für oder gegen Krankenkassen gelten können.

(4) Die Mitglieder des vertragschließenden Verbandes können an dem Vertrag teilnehmen, wenn sie die Voraussetzungen dieses Vertrages, insbesondere die Voraussetzungen nach § 3, erfüllen. Der vertragschließende Verband stellt den Vertrag seinen Mitgliedern zur Verfügung, die ihm gegenüber ihren Beitritt im Sinne der **Anlage 5a** erklären. Der Verband übermittelt eine Liste der beigetretenen Leistungserbringer regelmäßig zum 1. eines Monats an spectrumK. Inhalt und Form der zu übermittelnden Daten sind in den **Anlagen 2 und 2a** geregelt.

(5) Weitere Verbände können dem Vertrag nach **Anlage 5b** beitreten. Der Beitritt ist gegenüber spectrumK zu erklären. Für den Beitritt der Mitgliedsbetriebe gilt § 2 Abs. 4 entsprechend.

(6) Leistungserbringer, die nicht Mitglied eines Verbandes sind oder deren Verband nicht am Vertrag teilnimmt und welche die Voraussetzungen des § 3 erfüllen, können diesem Vertrag mit der Beitrittserklärung nach **Anlage 5a** beitreten. Der Beitritt ist gegenüber spectrumK zu erklären. spectrumK prüft die Beitrittsvoraussetzungen im Rahmen seiner Möglichkeiten und stimmt dem Beitritt zu, soweit die Bedingungen erfüllt sind.

(7) Der Vertrag umfasst die Versorgung aller Versicherten der beteiligten Krankenkassen (**Anlage 6**) sowie alle durch diese Krankenkasse betreuten Versorgungsberechtigten.

(8) Soweit zwischen den Krankenkassen (bzw. deren Landesverbänden und Arbeitsgemeinschaften) und dem vertragschließenden Verband / dem Verband / dem einzeln beigetretenen Leistungserbringer noch anderweitige Verträge mit Rechtswirkungen i.S.d. §§ 126, 127 SGB V (etwa Landesverbandsverträge), die den Vertragsgegenstand nach § 1 dieses Vertrags betreffen, bestehen, stellen die Krankenkassen und der vertragschließende Verband / der Verband / der einzeln beigetretene Leistungserbringer klar, dass nur der vorliegende Vertrag zur Anwendung kommt.

§ 3 Voraussetzungen

(1) Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist das Erfüllen der Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 2, der sonstigen in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen sowie der erfolgreiche Nachweis der Versorgungsberechtigung für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 SGB V. Die Prüfung der Versorgungsberechtigung erfolgt auf der Grundlage der jeweils gültigen gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen (bzw. des GKV-Spitzenverbandes) für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V für Leistungserbringer von Hilfsmitteln.

(2) Der Leistungserbringer hat die Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln nach den Regelungen des Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V nach den hierfür geltenden Vorschriften durch Vorlage einer Bestätigung einer nach diesen Vorschriften geeigneten Stelle nachzuweisen. Der Leistungserbringer muss für die Versorgungsbereiche, für die er den Beitritt erklärt, die Präqualifizierung nachweisen.

(3) spectrumK ist berechtigt, Nachweise über die Erfüllung der beruflichen, organisatorischen, räumlichen und sachlichen Anforderungen gemäß dem Präqualifizierungsverfahren anzufordern.

(4) Die in der Präqualifizierungsbestätigung benannte als fachlicher Leiter eingesetzte Person hat sicherzustellen, dass alle Vertragsleistungen unter seiner Leitung und Verantwortung erbracht werden.

(5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die mit der Versorgung betrauten Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch die Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse ihres Arbeitsgebietes zu halten. Die Anforderungen gemäß Anlage 3 an die Weiterbildung der mit der Versorgung betrauten Mitarbeiter sind zu beachten.

(6) Der Leistungserbringer bestätigt mit seiner Beitrittserklärung zu diesem Vertrag, dass er die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt. spectrumK ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden. Soweit spectrumK feststellt, dass der beitriftswillige Leistungserbringer nicht die Voraussetzungen erfüllt, kann dem Beitritt widersprochen werden.

(7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, das Vorliegen der in diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Teilnahmevoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Alle Änderungen von Tatsachen, die seine Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich spectrumK schriftlich mitzuteilen.

(8) Unterauftragsverhältnisse sind in der Regel ausgeschlossen. Von diesem Grundsatz kann mit Einverständnis durch spectrumK abgewichen werden.

Der Unterauftragnehmer muss alle vertraglichen Regelungen erfüllen, insbesondere die der Präqualifizierung gemäß § 3 dieses Vertrages sowie der Einhaltung des Datenschutzes gemäß § 14 dieses Vertrages. spectrumK ist berechtigt, diesbezüglich die entsprechenden Unterlagen, insbesondere den Nachunternehmervertrag, einzusehen.

Der Leistungserbringer haftet in voller Höhe für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Regelungen oder sonstigen Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

(9) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, sicherzustellen, dass die zur Erfüllung des Auftrages eingesetzten Personen nicht die „Technologie von L. Ron Hubbard“ im Rahmen der Versorgung der Versicherten anwenden, lehren oder in sonstiger Weise verbreiten.

§ 4 Grundsätze der Versorgung

(1) Auswahl und Abgabe der Hilfsmittel haben nach Maßgabe der vertragsärztlichen Verordnung so zu erfolgen, dass die Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (§ 12 SGB V). Qualität und Funktionstauglichkeit der abzugebenden Hilfsmittel haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 70 SGB V).

(2) Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.

(3) Hilfsmittel, die gemäß § 33 SGB V in Verbindung mit § 34 Abs. 4 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen ausgeliefert werden.

(4) Hilfsmittel, die aus prophylaktischen Gründen, beispielsweise zum Schutz vor Verletzungen bei sportlicher oder beruflicher Tätigkeit abgegeben werden, fallen nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkasse.

(5) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass er die Versorgung in der vertraglich vereinbarten Region gemäß **Anlage 5a** gewährleisten kann.

(6) Die Versorgung erfolgt grundsätzlich nur mit im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelisteten Produkten. Die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten.

(7) Für Hilfsmittel, die nach Vertragsbeginn in das Hilfsmittelverzeichnis bzw. die Produktart aufgenommen werden, gelten grundsätzlich die Regelungen zu der jeweiligen Produktart nach diesem Vertrag.

(8) Bei Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses (Erweiterung um bzw. Wegfall von Produktuntergruppen/Produktarten) wird der Vertrag entsprechend angepasst.

(9) Der Leistungserbringer beachtet bei der Leistungserbringung die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Medizinproduktegesetz (MPG) in Verbindung mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), die Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), die Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), das Heilmittelwerbegesetz (HWG), die Medizinprodukte-Verordnung (MPV), die Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnungen (MPSV), die DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), die Hygiene-Sterilvorschriften und das Arbeitssicherheitsgesetz und stellt die Krankenkassen von allen sich aus diesen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten frei.

(10) Der Leistungserbringer weist die Einhaltung der Qualitätsanforderungen aus den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System nach. Das Qualitätsmanagementsystem sollte durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft geprüft und abgenommen sein. Auf Nachfrage ist spectrumK ein Auszug aus dem Qualitätsmanagementhandbuch oder Vergleichbares vorzulegen, in dem der Ablauf der Hilfsmittelabgabe beschrieben ist.

(11) Die Abgabe von Hilfsmitteln, die in der **Anlage 1** zu diesem Vertrag aufgeführt sind, kann nur bei Vorliegen einer ordnungsgemäß ausgestellten gültigen vertragsärztlichen Verordnung oder einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung und, sofern erforderlich, nach Genehmigung durch die Krankenkasse zu Lasten der Krankenkasse erfolgen. Die Verordnung hat folgende Angaben zu enthalten:

- a) Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer)
- b) Name der Krankenkasse
- c) Versichertennummer
- d) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
- e) Gültigkeit der Versichertenkarte
- f) Vertragsarztnummer (LANR und BSNR)
- g) Ausstellungsdatum des Ordnungsblattes
- h) Versichertenstatus
- i) Vertragsarztstempel
- j) Unterschrift des Vertragsarztes
- k) Art des Hilfsmittels oder Hilfsmittelnummer
- l) Diagnose, Diagnoseschlüssel (soweit diese vom Arzt angegeben)

- m) Kennzeichnung „Gebühr Pfl“, „Gebühr frei“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Sonstige“ (soweit Zutreffendes vom Arzt angegeben wurde).

(12) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist (Datum der Verordnung).

(13) Wird die Verordnung vom Leistungserbringer geändert oder ergänzt, so muss die Änderung/Ergänzung vom ausstellenden Arzt bestätigt werden.

(14) Die beteiligte Krankenkasse oder spectrumK ist berechtigt, jede Lieferung sowie die Qualität des gelieferten Hilfsmittels in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Hierzu gehört auch die Befragung der Versicherten.

(15) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen sind nur gestattet, wenn sich die Präqualifizierung des Leistungserbringers gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf jede einzelne der verordneten Leistungen erstreckt.

§ 5 Umfang der Leistung / Versorgung der Versicherten

(1) Die Leistungen dürfen nur auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung oder ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung erbracht werden und haben dieser bzw. dem genehmigten Kostenvoranschlag zu entsprechen.

(2) Der Leistungserbringer bietet dem Versicherten mindestens eine aufzahlungsfreie Versorgung ohne wirtschaftliche Aufzahlung an, die indikationsgerecht ist und den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses entspricht. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die aufzahlungsfreie Versorgung grundsätzlich das Mittel der Wahl ist. Der Versicherte leistet die gesetzlich vorgegebene Zuzahlung, sofern er nicht von dieser befreit ist. Verlangt der Versicherte ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Versorgung, so ist er nachweislich über die entstehenden Mehrkosten, die zu seinen Lasten gehen, zu informieren. Der Versicherte bestätigt dem Leistungserbringer schriftlich, dass

- a) die Lieferung des Aufzahlungsartikels auf seinen Wunsch erfolgte,
- b) er über die Vertragsleistung und die aufzahlungsfreie Versorgung unterrichtet wurde,
- c) ihm der vom Kostenträger übernommene Betrag mitgeteilt wurde

Hierzu kann die **Anlage 4c** oder ein entsprechendes Formular genutzt werden.

(3) Der Versicherte bzw. ein Angehöriger oder die betreuende Person ist vor Anpassung und Abgabe des Hilfsmittels umfassend durch den Leistungserbringer zu beraten.

(4) Sofern erforderlich erfolgt die Versorgung des Versicherten mit verordneten Hilfsmitteln einschließlich der Beratung auch im Krankenhaus, Alten- bzw. Pflegeheim oder sonstigen stationären Einrichtungen bzw. im Haushalt des Versicherten. Der Hausbesuch muss ärztlich verordnet sein. In begründeten Einzelfällen kann die Krankenkasse eine zusätzliche Begründung verlangen. Zudem muss dem Leistungserbringer ein zusätzlicher Aufwand entstehen, das ist u.a. dann nicht der Fall, wenn der Leistungserbringer seinen Betriebssitz auf dem Gelände oder in direkter fußläufiger Nachbarschaft zum Krankenhaus, Alten- bzw. Pflegeheim oder sonstigen stationären Einrichtungen, in welchem der Versicherte zum Zeitpunkt des Besuchs versorgt wird, hat. Bei Notfallversorgungen gemäß § 13 Abs. 6 kann keine Hausbesuchspauschale abgerechnet werden. Weitere Details zum Hausbesuch sind in den Anlagen geregelt.

(5) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine sind mit dem Versicherten abzusprechen.

(6) Die Einweisung muss die Person, die das Hilfsmittel einsetzt, in die Lage versetzen, das Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch zu beherrschen.

(7) Der Versicherte und/oder seine Betreuungsperson ist nach den Erfordernissen des abgegebenen Hilfsmittels oder sonstigen Produktes über die allgemeinen Vorschriften zu informieren, so dass er in die Lage versetzt wird, die Pflege seines Hilfsmittels entsprechend der allgemeinen Anforderungen selbständig durchzuführen.

(8) Gemäß § 7 Abs. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012 (HilfsM-RL) kann bei der Verordnung entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt, bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer, wird vom Leistungserbringer nach den Vereinbarungen dieses Vertrages zur wirtschaftlichen Versorgung gemeinsam mit dem Versicherten ausgewählt.

(9) Ist auf der Verordnung ein spezielles Hilfsmittel angegeben, so muss gemäß § 7 Abs. 3 Sätze 3 und 4 HilfsM-RL diesbezüglich eine Begründung des Arztes vorliegen.

(10) Individuell maßgefertigte Hilfsmittel dürfen nur abgegeben werden, wenn die Versorgung nicht über konfektionierte oder maßkonfektionierte Ware abgedeckt werden kann. Sie müssen im Einzelfall notwendig und vertragsärztlich verordnet sein.

(11) Wird ein Versicherter mit einem individuell maßgefertigten Hilfsmittel versorgt, so ist vom Leistungserbringer eine Maßkarte anzulegen und eine Dokumentation nach MPG zu führen. Die Dokumentation enthält alle Leistungsdaten. Die Maßkarte ist grundsätzlich, die Dokumentation nach MPG nach Aufforderung der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus wird in Anlage 7 vom Versicherten bestätigt, dass er nicht bereits parallel von einem anderen Leistungserbringer versorgt wird.

(12) Die Abgabe des Hilfsmittels hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und Genehmigung – soweit erforderlich – zu erfolgen. Sofern die Art des Hilfsmittels und dessen Herstellung und/oder Anpassung dies verlangt, ist auch die spätere Abgabe möglich.

(13) Der Leistungserbringer lässt sich den Empfang der den Qualitätsanforderungen nach diesem Vertrag entsprechenden gebrauchsfähigen Hilfsmittel unter Angabe des Datums vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich mittels der Empfangsbestätigung in **Anlage 4a** oder vergleichbaren Formulars bestätigen.

(14) Werden individuell angefertigte Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt, so mahnt der Leistungserbringer den Versicherten zweimal schriftlich zur Abholung des Hilfsmittels an. Wird das Hilfsmittel auch dann nicht abgeholt, so verbleibt es auf Abruf für drei Monate ab Rechnungslegung gegenüber der Krankenkasse beim Leistungserbringer. Der vom Versicherten zu leistende Eigenanteil ist nicht erstattungsfähig. Hat der Leistungserbringer Kenntnis darüber, dass der Versicherte verstorben ist, wird kein Mahnverfahren zur Abholung eingeleitet.

§ 6 Instandhaltung/Instandsetzung

(1) Die Regelungen des § 6 beziehen sich ausschließlich auf die Produktuntergruppen 17.99.01 und 17.99.02.

(2) Instandhaltungsmaßnahmen nach dieser Vereinbarung sind erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen und Wartungen, insbesondere nach Herstellervorgaben. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Service ggf. nach Herstellervorgaben einschließlich Instandhaltung und Instandsetzung für die gelieferten Hilfsmittel zu übernehmen und während der Nutzungszeit sicherzustellen.

(4) Instandsetzungsleistungen durch Dritte können vom Leistungserbringer nur ohne Aufschlag dem Kostenträger in Rechnung gestellt werden. Die Instandsetzungsleistungen sind durch Kostenvoranschlag oder Rechnung des jeweiligen Herstellers nachzuweisen und einem entsprechenden Antrag beizufügen.

(5) Können Instandsetzungen, die unter die Gewährleistungspflicht bzw. Garantie fallen, nicht sofort ausgeführt werden, stellt der Leistungserbringer für die Dauer der Reparatur – sofern möglich – ein Ersatzhilfsmittel zur Verfügung.

(6) Instandsetzungen erfolgen grundsätzlich unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V). Unwirtschaftlich ist eine Instandsetzung, wenn deren Kosten im Vergleich zu den Kosten einer Neuversorgung unverhältnismäßig ist.

(7) Bei Instandsetzungen ist der Instandsetzungsschein gemäß **Anlage 4b** oder ein entsprechendes Formular vollständig auszufüllen und der Rechnung beizufügen.

§ 7 Genehmigung

(1) Die Abgabe der Hilfsmittel und sonstigen Produkte sowie weitere Dienst- und Serviceleistungen (z.B. Reparaturen) bedürfen grundsätzlich eines konkreten Auftrags bzw. der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Ausnahmen sind in der **Anlage 3** geregelt.

(2) Kosten, die vor der Genehmigung entstehen, können grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei den dem Vertrag beigetretenen Krankenkassen geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten mit dem Ziel, diese Regelung zu umgehen, sind grundsätzlich unzulässig. Ist das erforderliche Hilfsmittel beim Leistungserbringer vorrätig und besteht der Versicherte ohne medizinische Notwendigkeit für eine sofortige Versorgung ausdrücklich auf die sofortige Mitnahme des Hilfsmittels, ist im Einzelfall ausnahmsweise eine privatrechtliche Vereinbarung mit dem Versicherten über die Übernahme der Kosten in Höhe der bei der jeweiligen Krankenkasse beantragten Kosten (bei Kostenvoranschlagspflichtigen Produkten) bzw. des mit spectrumK vereinbarten Preises für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die jeweilige Krankenkasse zulässig. Entscheidet sich der Versicherte für eine über das medizinisch Notwendige hinausgehende oder höherwertige Versorgung, ist eine privatrechtliche Vereinbarung über die Zahlung der hierdurch für den Versicherten entstehenden Mehrkosten gesondert gemäß den Regelungen des § 9 Abs. 3 möglich.

(3) Wünscht die Krankenkasse die Abwicklung der diesem Vertrag unterliegenden Versorgung und Leistungen über eine elektronische Hilfsmittelplattform, stellt der Leistungserbringer sicher, dass die Abwicklung über die von der Krankenkasse gewählte Hilfsmittelplattform erfolgt. Gleiches gilt auch für die Übertragung von Kostenvoranschlägen und Meldungen zu Leistungen nach diesem Vertrag.

(4) Der für eine Genehmigung ggf. vom Leistungserbringer einzureichende Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben:

- a) Name des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Mitgliedsnummer, Versichertenstatus,
- b) Angaben zum Leistungserbringer (Name, Anschrift, Telefon, Fax, Email, IK),
- c) Bezeichnung des Hilfsmittels, Abgabemenge, ggf. Versorgungszeitraum,
- d) Hilfsmittelnummer (10-stellig) nach dem Hilfsmittelverzeichnis,
- e) Abgabepreis mit und ohne Mehrwertsteuer.

f) Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern vertraglich geregelt¹

Die Mindestanforderungen an die Angaben gelten auch für die Versorgungsanzeige.

(5) Die Krankenkassen haben eine Bearbeitung der Kostenvorschläge innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang, im Fall einer Begutachtung durch den MDK nach § 275 SGB V innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang, sicherzustellen. Die Krankenkassen behalten sich vor, unabhängig von den in den Anlagen geregelten Genehmigungsfreigrenzen, Versorgungen mit Hilfsmitteln vor und nach einer Lieferung nach § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V durch den MDK prüfen zu lassen.

(6) Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der vertragsärztlichen Verordnung durch den Versicherten an den Leistungserbringer entsteht erst, wenn dem Leistungserbringer die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt. Bis zur Erklärung der Kostenübernahme ist der Leistungserbringer auf Wunsch des Versicherten jederzeit zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet.

(7) spectrumK behält sich vor, das Genehmigungsverfahren in Abstimmung mit dem vertragsschließenden Verband anzupassen. Die Krankenkassen und Leistungserbringer werden spätestens vier Wochen vor Inkrafttreten der Änderung informiert.

§ 8 Vergütung

(1) Die Preise für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel sind in der **Anlage 3** geregelt. Mit der Vergütung sind sämtliche Kosten für den vertraglich vereinbarten Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist nur nach vorheriger Absprache und ordnungsgemäßer Beratung des Versicherten zulässig.

(2) Bei den Preisen handelt es sich um Vertragspreise zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

(3) Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten mit Hilfsmitteln zu den im Vertrag vereinbarten Preisen. Dabei wird sichergestellt, dass dem Versicherten gemäß § 5 Abs. 2 mindestens eine der Indikation entsprechende aufzahlungsfreie Versorgung angeboten wird.

(4) Abgegolten mit dem Vertragspreis sind insbesondere:

- a) das vertragsärztlich verordnete Hilfsmittel
- b) die gemeinsame Produktauswahl mit dem Versicherten inklusive Beratung, Messung, Anprobe und Einweisung
- c) Dienst- und Serviceleistungen, die im Zusammenhang mit der Abgabe des Hilfsmittels entstehen, einschließlich der im Zusammenhang mit der Beschaffung stehenden Aufwendungen

(5) Können Hilfsmittel wegen Nichtabholung (§ 5 Abs. 14) oder Tod des Versicherten keiner Nutzung zugeführt werden, hat der Leistungserbringer grundsätzlich keinen Anspruch auf Vergütung. Der Leistungserbringer ist zur Rücknahme des Hilfsmittels verpflichtet, sofern es sich um Fertigprodukte handelt oder sofern das Hilfsmittel gemäß Produktvorgabe zum Wiedereinsatz geeignet ist bzw. noch nicht an den Versicherten ausgeliefert war. Für Hilfsmittel oder Teile für Hilfsmittel, die individuell an den Versicherten angepasst bzw. für ihn gefertigt wurden, besteht ein Vergütungsanspruch. Voraussetzung ist, dass der Versicherte einen durch die Krankenkasse bestätigten Leistungsanspruch gegenüber seiner

¹ Ergänzung gemäß Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

Krankenkasse hatte. Der vom Versicherten zu leistende Eigenanteil – Definition gemäß BSG Urteil vom 28. Juni 1976 (3 RK 9/76 – USK 7614) – ist nicht erstattungsfähig.

(6) spectrumK oder der vertragschließende Verband kann für die in der **Anlage 3** enthaltenen Regelungen frühestens 12 Monate nach Inkrafttreten des Vertrages Nachverhandlungen über Neuregelungen fordern.. Kann hierüber keine Einigung erzielt werden, so gilt die Anlage fort und kann unter Einhaltung der Kündigungsfristen gemäß § 19 dieses Vertrages gekündigt werden.

§ 9 Zuzahlung und Mehrkosten

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V von den Versicherten einzuziehen. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren. Die Quittung hat folgende Mindestangaben zu enthalten:

- Bezeichnung des Hilfsmittels
- Grund der Zahlung (entweder: „Gesetzliche Zuzahlung für eine Hilfsmittelversorgung“ oder „Gesetzliche Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“)
- Datum
- Stempel und Unterschrift

(2) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse verringert sich um die Zuzahlung gemäß § 61 SGB V.

(3) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten nicht abgewertet werden. Eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung kann auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten nur dann hergestellt und abgegeben werden, wenn damit der gleiche Nutzen erzielt und die Nutzungsdauer nicht beeinträchtigt sowie dem Qualitätsstandard des Hilfsmittelkataloges entsprochen wird. Verlangt der Versicherte ausdrücklich eine Versorgung über das medizinisch Notwendige hinaus, so ist er nachweislich über die entstehenden Mehrkosten, die zu seinen Lasten gehen, zu informieren. Änderungen von Leistungen, die auf modische Wünsche des Versicherten hin vorgenommen werden, gehen zu dessen Lasten. Der Versicherte bestätigt dem Leistungserbringer schriftlich, dass

- a) die Lieferung des Aufzahlungsartikels auf seinen Wunsch erfolgte,
- b) er über die Vertragsleistung und die aufzahlungsfreie Versorgung unterrichtet wurde,
- c) ihm der vom Kostenträger zu übernehmende Betrag mitgeteilt wurde.

Hierzu kann die **Anlage 4c** oder ein entsprechendes Formular genutzt werden.

(4) Mehrkosten sind entsprechend der Regelung nach Abs.1 Satz 3 gegenüber dem Versicherten zu quittieren.

(5) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme über die Zahlungen nach diesem Paragraphen zu informieren.

§ 10 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung erbrachter Leistungen erfolgt mindestens einmal monatlich in Form einer kassenindividuellen Sammelrechnung bei der jeweils von der beteiligten Krankenkasse benannten Abrechnungsstelle.
- (2) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen (bzw. des GKV-Spitzenverbandes) über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinie genannt) in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Abrechnung hat mindestens folgende Bestandteile zu enthalten:
 - a) Abrechnungsdaten (u.a. alle Angaben nach Anlage 3)
 - b) Diagnose (ICD-Schlüssel, wenn vorhanden)
 - c) Verordnungsblätter im Original
 - d) Genehmigung sofern erforderlich
 - e) Abrechnungspositionsnummer (10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer)
 - f) Schlüssel „Kennzeichen Hilfsmittel“ gemäß Anlage 3 der Richtlinie
 - g) Empfangsbestätigungen der Versicherten / Sendungsnummern
 - h) Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
 - i) **Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern vertraglich geregelt²**
- (4) Bei der Abrechnung sind ausschließlich die vereinbarten Vertragspreise gemäß **Anlage 3** zu berücksichtigen.
- (5) Bei der Abrechnung ist die jeweilige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer anzugeben sowie das Hilfsmittelkennzeichen gemäß den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V, Anlage 3 Punkt 8.1.10.
- (6) Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt über das jeweilige Abrechnungszentrum der Krankenkasse.
- (7) Die Datenübermittlung erfolgt nach den Vorgaben der technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen (bzw. des GKV-Spitzenverbandes) über Form und Inhalt des Datenaustausches nach § 302 SGB V.
- (8) Auf der Rechnung ist das Institutionskennzeichen (IK) anzugeben. Das IK ist in fortlaufender Folge, d.h. ohne Zwischenräume, zu schreiben.
- (9) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den gemeinsamen Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Leistungserbringer mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (10) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse den Leistungserbringern die zu beanstandenden Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Ergibt sich bei einer Prüfung der Rechnungen des Leistungserbringers, dass die Bestimmungen dieser Vereinbarung oder die im Geschäftsverkehr erforderliche Sorgfalt nicht beachtet wurden, so ist die beteiligte Krankenkasse berechtigt, den jeweiligen Betrag von der Rechnung abzusetzen.
- (11) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von vier Wochen ohne Abzug bezahlt. Die Frist beginnt mit dem Tag des Eingangs der vollständigen Abrechnungsunterlagen und korrekten Datenlieferung bei der Abrechnungsstelle der beteiligten Krankenkassen. Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.

² Ergänzung gemäß Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

(12) Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn die Abrechnungsdaten ordnungsgemäß bzw. vertragsgemäß übermittelt wurden.

§ 11 Gewährleistung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Qualität, Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der abgegebenen Hilfsmittel sowie dessen Zubehör. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Für die Gewährleistungsansprüche gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

(2) Ggf. anfallende Kosten aufgrund von Mängeln, die ihre Ursache in der Art der Herstellung oder in der Art des verwendeten Materials haben, können weder dem Versicherten noch den beteiligten Krankenkassen berechnet werden. Dies umfasst auch die für erforderliche Einweisungen, Umversorgungen, Produkthanpassungen und Neuausstattungen anfallenden Kosten einschließlich Transport-, Wege-, Arbeits- und Materialkosten. Darüber hinaus gelten die Regelungen des BGB.

(3) Gewährt ein Hersteller für seine Produkte Garantie- und/oder Gewährleistungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus, räumt der Leistungserbringer der Krankenkasse diese im gleichen Umfang ein.

§ 12 Haftung

(1) Kommt der Leistungserbringer schuldhaft seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht innerhalb der in diesem Vertrag vereinbarten Fristen nach, so ist die Krankenkasse berechtigt, die Versorgung des Versicherten durch einen anderen Leistungserbringer sicher zu stellen. In diesem Fall hat der nicht rechtzeitig versorgende Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen. Dieser Betrag ist sofort fällig und kann mit der nächsten Abrechnung gesondert gefordert werden. § 288 BGB findet Anwendung.

(2) Der Leistungserbringer oder sein Erfüllungsgehilfe haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, den beteiligten Krankenkassen oder Dritten durch Hilfsmittel aufgrund einer fehlerhaften Versorgung entstehen. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der beteiligten Krankenkassen für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten und Betreuungspersonal vorliegt.

(3) Der Leistungserbringer stellt die beteiligten Krankenkassen von Ansprüchen Dritter frei, insbesondere von Ansprüchen Versicherter für eventuelle Mehrkostenerstattung gemäß § 33 Abs. 1 S. 5 SGBV.

(4) Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.

(5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, zur Absicherung des Haftungsrisikos nach den vorstehenden Absätzen eine Betriebshaftpflichtversicherung mindestens für Personen- und Sachschäden sowie für Vermögensschäden abzuschließen und für die Dauer der Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag vorzuhalten. Der Nachweis entfällt, wenn der Leistungserbringer eine aktuelle Präqualifizierungsbestätigung vorweisen kann.

(6) Im Fall der Insolvenz oder bei Betriebsaufgabe/-veräußerung eines beigetretenen Mitgliedsbetriebes wird sich der vertragschließende Verband/der Verband um die

Koordinierung der weiteren Versorgung des Versicherten durch einen anderen Leistungserbringer bemühen und an der Sicherstellung der Versorgung aktiv mitwirken.

(7) Es wird vereinbart, dass im Falle der Insolvenz oder Betriebsaufgabe/-veräußerung die Krankenkasse bzw. deren Versicherter bis zum Ende der vereinbarten oder medizinisch notwendigen (verordneten) Vertragslaufzeit im Besitz der Hilfsmittel bleibt, die über eine Versorgungs- oder Mietpauschale durch die Krankenkasse abgegolten werden. Diese Regelung bezieht sich ausschließlich auf die Hilfsmittel der Produktuntergruppen 17.99.01 und 17.99.02.

(8) Der Leistungserbringer sichert ferner zu, dass er über das Eigentum an allen bezeichneten, nach dem 30.09.2014 an die Versicherten übergebenen Hilfsmitteln verfügt. Diese Regelung bezieht sich ausschließlich auf die Hilfsmittel der Produktuntergruppen 17.99.01 und 17.99.02.

(9) Die Übergabe der Hilfsmittel an die Krankenkasse wird dadurch ersetzt, dass der Leistungserbringer seine Ansprüche gegenüber den Versicherten auf Herausgabe dieser Hilfsmittel an die jeweilige Krankenkasse abtritt.

(10) Für einzeln beitretende Leistungserbringer gelten Abs. 7 bis 9 entsprechend.

§ 13 Beeinflussung, Depots und Werbung

(1) Werbemaßnahmen des vertragschließenden Verbandes, eines Verbandes bzw. Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen. Werbemaßnahmen bezüglich der Abgabe von Hilfsmitteln sind auf sachliche Informationen zu beschränken. Eine gezielte Beeinflussung des Versicherten hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel ist unzulässig. Das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz-HWG) in seiner jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.

(2) Der vertragschließende Verband, die Verbände bzw. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen heraus in ihrer Verordnungsweise beeinflussen. Eine Zusammenarbeit zwischen dem vertragschließenden Verband, den Verbänden bzw. Leistungserbringern und den Vertragsärzten mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig. Ebenfalls unzulässig ist eine Beeinflussung von oder eine Zusammenarbeit mit Vertragsärzten in solcher Weise, dass die Wahlfreiheit des Versicherten durch Weitergabe der vertragsärztlichen Verordnung vom Arzt an den Leistungserbringer beeinträchtigt oder ausgeschlossen wird.

(3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Vertragsärzte, stationäre Einrichtungen oder sonstige Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den vertragschließenden Verband, die Verbände bzw. Leistungserbringer ist im Zusammenhang mit der Leistungserbringung unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen und anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e. V. vom 12.07.1995 in seiner jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.

(4) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen sowie ärztlichen Verordnungen aus Krankenhäusern durch den Leistungserbringer gegen Entgelt oder deren Weitergabe an Dritte gegen Entgelt, gegen Kostenerstattung oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Das Gleiche gilt für die Zuweisung von Versicherten gegen Zahlung von Vergütungen oder Provisionen.

(5) Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sowie Abrechnungen von Abgaben über Depots sind unzulässig (§ 128 Abs. 1 SGB V).

§ 14 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten gemäß §§ 35, 37 SGB I und §§ 67 bis 85a SGB X zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erstellung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

(2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und den leistungspflichtigen Krankenkassen, die an diesem Vertrag beteiligt sind, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter und freien Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die in seinem Besitz befindlichen Geschäftsunterlagen der Krankenkasse sorgfältig zu verwahren und vor der Einsichtnahme Dritter zu schützen. Die Geschäftsunterlagen sind im Falle einer Auflösung dieser Vereinbarung vollständig zurückzugeben oder nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu vernichten. Sofern Unterlagen für Prüfungen aus steuerrechtlichen oder ähnlichen Prüfungen benötigt werden, verbleiben die Unterlagen bis zum Abschluss der Prüfung beim Leistungserbringer.

(4) Bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen hat der Leistungserbringer die beteiligten Krankenkassen unverzüglich zu informieren. Der Datenschutzbeauftragte der beteiligten Krankenkasse oder sein Beauftragter ist berechtigt, die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten nach vorheriger Terminabsprache mit dem Leistungserbringer zu überprüfen.

(5) Für Unterauftragnehmer gilt Abs. 1 bis 4 entsprechend.

§ 15 Prüfverfahren

(1) Die beteiligten Krankenkassen oder spectrumK können Maßnahmen zur Prüfung der Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten einleiten.

(2) Die beteiligten Krankenkassen oder spectrumK teilen dem Leistungserbringer die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung rechtzeitig mit.

(3) Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(4) Bei der Überprüfung einer Versorgung mit Hilfsmitteln können sachkundige Personen einbezogen werden.

(5) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, vereinbart die Krankenkasse oder spectrumK mit dem Leistungserbringer, welche Maßnahmen zur Beseitigung der Beanstandung zu treffen sind. Kommt ein Leistungserbringer dem nicht nach, verfährt die Krankenkasse oder spectrumK gemäß § 17 Abs. 1 des Vertrages.

§ 16 Verfahren bei Konflikten / Qualitätsmanagement

(1) Kommt es zu Verletzungen oder Beanstandungen in der Erfüllung des Vertrages, oder werden diese vermutet, so regeln die Leistungserbringer und Krankenkassen dies unverzüglich im direkten Austausch. Das Vorgehen wird dokumentiert.

(2) Kommt es zu keiner Einigung, so kann sich der über seinen vertragschließenden Verband bzw. Verband beigetretene Leistungserbringer an diesen wenden sowie die Krankenkasse an spectrumK. Der vertragschließende Verband bzw. der Verband und spectrumK versuchen eine einvernehmliche Lösung herbeizuführen.

(3) Die Vermittlung in Konflikten zwischen nicht über einen Verband beigetretenen Leistungserbringer und der Krankenkasse erfolgt durch spectrumK.

(4) spectrumK und der vertragschließende Verband verpflichten sich, ein Kompetenzteam, das sich aus Vertretern von spectrumK und dem vertragschließenden Verband zusammensetzt, zu bilden, um eine reibungslose Zusammenarbeit zu garantieren und um die Inhalte des Vertrages sowie die gebotene Dienstleistung ständig zu verbessern.

(5) Einmal im Jahr analysieren spectrumK und der vertragschließende Verband im Sinne des Qualitätsmanagements

- die bei den Leistungserbringern,
- bei spectrumK
- oder bei den Krankenkassen

eingegangenen Beschwerden zum Vertrag und zu Versorgungsleistungen aus dem Vertrag.

Besteht seitens spectrumK und dem vertragschließenden Verband Einvernehmen darüber, dass aufgrund der vorliegenden Beschwerden Vertragsveränderungen erforderlich sind, sind diese zu definieren, zu verhandeln und umzusetzen.

§ 17 Vertragsverstöße/Regressverfahren

(1) Vertragsverletzungen und Beanstandungen sind umgehend nach Bekanntwerden dem Leistungserbringer bzw. der Krankenkasse anzuzeigen und zu regeln. Die Vertragsverletzung muss durch den Anzeigenden nachgewiesen werden.

(2) Liegt eine wesentliche Vertragsverletzung durch den Leistungserbringer nachweislich vor und hat dieser die Vertragsverletzung zu vertreten, können folgende Vertragsstrafen und Sanktionen zur Anwendung kommen:

- Abmahnung und Androhung einer außerordentlichen Kündigung des Vertrages im Wiederholungsfall binnen einer Frist von zehn Werktagen
- Zahlung einer Vertragsstrafe in Höhe von 5 % bis zu 10 % des streitbegründenden Auftrages

(3) Wesentliche Vertragsverletzungen sind insbesondere Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen, Nichtbeachtung des Vertragspreises, Verstoß gegen den Datenschutz.

(4) In begründeten Verdachtsfällen wie bspw. bei dem Verdacht auf Leistungsausweitung kann die Krankenkasse die Genehmigungsfreigrenze für einzelne Leistungserbringer individuell niedriger als in den Anlagen dieses Vertrages vereinbart festlegen. Der Leistungserbringer ist zu informieren.

(5) Liegt wiederholt eine wesentliche Vertragsverletzung vor und wurde der Leistungserbringer bereits abgemahnt oder gegen ihn eine Vertragsstrafe ausgesprochen, haben spectrumK die Möglichkeit der außerordentlichen Vertragskündigung gegenüber dem

Leistungserbringer. Die Vertragspartner sind je nach Zuständigkeit durch spectrumK zu informieren.

(6) Stellt spectrumK oder die Krankenkasse fest, dass der Leistungserbringer in Arztpraxen oder Krankenhäusern Depots vorhält oder Vertragsärzte gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligt, kann gegenüber dem Leistungserbringer eine Vertragsstrafe bzw. Sanktion

- in Form einer Ermahnung im Erstfall ausgesprochen werden,
- im Wiederholungsfall bei schwerwiegenden Verstößen für die Dauer von zwei Jahren der Ausschluss von der Versorgung nach diesem Vertrag erfolgen

Die Vertragspartner sind je nach Zuständigkeit durch spectrumK zu informieren.

(7) Vor Verhängen einer Sanktion oder Vertragsstrafe ist dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Anhörung zu geben.

(8) Unabhängig von den oben genannten Maßnahmen ist den Krankenkassen der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.

§ 18 Dauer und Beendigung der Teilnahme von Verbänden und Leistungserbringern

(1) Die Teilnahme beginnt für die dem Vertrag gemäß § 2 Abs. 4, Abs. 5 und Abs. 6 beitretenden Verbände bzw. Leistungserbringer mit dem Tag der Bestätigung der Teilnahme und gilt längstens für die Dauer des Vertrages nach § 20 Abs. 1 und 2.

(2) spectrumK kann die Teilnahme von Verbänden bzw. Leistungserbringern mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit kündigen. Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit kann die Teilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Der Ausschluss vom Vertrag nach § 18 Abs. 6 bleibt hiervon unberührt.

(3) Leistungserbringer können ihre Teilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit kündigen. Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit können Leistungserbringer ihre Teilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. Leistungserbringer, die über einen Verband dem Vertrag beigetreten sind, kündigen die Teilnahme gegenüber diesem Verband. spectrumK behält sich vor, das Kündigungsschreiben zum Zweck der Prüfung beim Verband anzufordern³. Der Verband informiert spectrumK mittels der gem. § 2 Abs. 4 zu übermittelnden Liste. Einzelne beigetretene Leistungserbringer kündigen gegenüber spectrumK.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Gründen durch den Leistungserbringer. Wichtige Gründe für eine außerordentliche Kündigung durch den Leistungserbringer sind insbesondere:

- Die Betriebsaufgabe
- Der Wegfall der Eignung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V⁴.

(4) Verbände können ihre Teilnahme gegenüber spectrumK mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit kündigen. Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit können Verbände ihre Teilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung wird wirksam mit Kenntnisnahme durch spectrumK.

³ Ergänzung gemäß Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

⁴ Ergänzung gemäß Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

(5) Kündigt ein Verband seine Teilnahme, endet mit der Kündigung auch die Teilnahme aller über den Verband beigetretenen Mitgliedsbetriebe.

(6) Im Fall der Kündigung nach Absatz 3 ist durch den „Kündiger“ sicherzustellen, dass die Versorgung von Versicherten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Kündigung noch nicht abgeschlossen ist, durch einen anderen am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer weitergeführt wird.

(7) Im Falle einer Kündigung durch spectrumK für eine einzelne Krankenkasse gilt § 20 Abs. 5 entsprechend. spectrumK informiert die einzeln beigetretenen Leistungserbringer unter Angabe des Zeitpunktes des Wirksamwerdens der Kündigung. Die Teilnahme gegenüber den übrigen am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen bleibt unberührt.

(8) Im Fall einer Kündigung eines Verbandes oder eines Leistungserbringers gilt § 20 Abs. 6 entsprechend. spectrumK informiert die teilnehmenden Krankenkassen unter Angabe des Zeitpunktes des Wirksamwerdens der Kündigung.

(9) Die Kündigung bzw. der Ausschluss vom Vertrag bedarf der Schriftform.

§ 19 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt zum 01.11.2014 in Kraft und wird zunächst für die Dauer von 24 Monaten geschlossen. Der Vertrag gilt für alle ab Vertragsbeginn ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen über die vertragsgegenständlichen Leistungen.

(2) Der Vertrag verlängert sich auf unbestimmte Zeit, wenn nicht eine Partei das Vertragsverhältnis mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende der Mindestvertragslaufzeit kündigt. Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit kann jede Partei das Vertragsverhältnis mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres kündigen.

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Wichtige Gründe für eine außerordentliche Kündigung durch spectrumK sind insbesondere:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- Forderung bzw. Annahme von Aufzahlungen von Versicherten soweit dies nicht mit dem Versicherten abgestimmt ist
- schwerwiegende oder wiederholte Vertragsverstöße.

(4) spectrumK kann den Vertrag auch mit Wirkung für eine einzelne Krankenkasse gegenüber dem vertragsschließenden Verband nach Maßgabe des § 19 und § 20 dieses Vertrages unter Angabe des Zeitpunktes des Wirksamwerdens kündigen. Die Teilnahme gegenüber den übrigen am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen bleibt unberührt. Der vertragsschließende Verband informiert seine Mitglieder entsprechend.

(5) Der vertragsschließende Verband kann den Vertrag grundsätzlich nur gegenüber spectrumK mit Wirkung für und gegen alle einbezogenen Krankenkassen kündigen. Die Kündigung ist gegenüber spectrumK als Koordinatorin dieses Vertrages zu erklären. § 18 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

(6) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 20 Sonderkündigungsrecht bei Fusion

- (1) Dieser Vertrag kann von spectrumK für einzelne Krankenkassen außerordentlich gekündigt werden, wenn diese Krankenkassen mit nicht an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen fusionieren.
- (2) Dieses Sonderkündigungsrecht besteht nur dann, wenn die nicht beteiligten Krankenkassen ebenfalls einen Vertrag über die Versorgung mit den Hilfsmitteln gemäß **Anlage 1** des Vertrages geschlossen haben und diese mit dem vorliegenden Vertrag kollidieren.
- (3) Erfolgt im Falle der Fusion keine Kündigung, so geht der bestehende Vertrag auf die neue Krankenkasse gemäß § 144 Absatz 4 SGB V über.
- (4) Das Sonderkündigungsrecht kann mit einer Frist von vier Wochen bis spätestens zum Ablauf von einem Monat nach Wirksamwerden der Fusion gegenüber dem vertragschließenden Verband / dem Verband / dem Leistungserbringer ausgeübt werden. Die Kündigung wird wirksam zum angegebenen Kündigungstermin, frühestens jedoch vier Wochen nach Eingang der Kündigung bei spectrumK.
- (5) spectrumK informiert den vertragschließenden Verband / den Verband / den Leistungserbringer unverzüglich über die eingegangene Kündigung mit Benennung des Termins des Wirksamwerdens der Kündigung.

§ 21 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen einer schriftlichen Vereinbarung und der Bestimmung, ab wann sie in Kraft treten soll. Dies gilt auch für den Verzicht auf das Schriftformerfordernis. Die Schriftform für von einer Partei gegenüber der anderen abzugebenden Erklärungen wird auch durch Abgabe der Erklärung per Telefax oder E-Mail gewahrt. Verbänden und einzeln beigetretenen Leistungserbringern werden innerhalb eines Monats vor Inkrafttreten die Änderungen und Ergänzungen bekannt gegeben.
- (2) Sämtliche Änderungen und Ergänzungen des Vertrages gelten ohne Einschränkungen für alle einzeln beigetretenen Leistungserbringer und Verbände, somit auch für deren Mitgliedsbetriebe, sofern nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe die Beitrittserklärung widerrufen wird. Bei Widerruf der Beitrittserklärung durch einen einzeln beigetretenen Leistungserbringer bzw. den Verband endet der Vertrag mit Inkrafttreten der Neuregelungen. § 19 Abs. 4 gilt entsprechend.
- (3) Dieser Vertrag – einschließlich der beigefügten Anlagen – beinhaltet sämtliche Vereinbarungen der Vertragspartner im Hinblick auf den Vertragsgegenstand. Dieser Vertrag ersetzt und hebt mit Vertragsbeginn alle etwaigen früheren mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen der Vertragspartner im Hinblick auf den Vertragsgegenstand auf. Mündliche Nebenabreden zu diesem Vertrag bestehen nicht.
- (4) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. In diesem Fall gilt anstelle der unwirksamen Bestimmung eine Bestimmung, die dem von beiden Vertragsteilen wirtschaftlich Gewollten in rechtlich zulässiger Weise am nächsten kommt, gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (5) Die Krankenkassen treffen sämtliche Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag, wenn und sobald spectrumK als juristische Person nicht mehr besteht, kein Rechtsnachfolger existiert und der Vertrag nicht gekündigt wurde.
- (6) Gerichtsstand ist Berlin.

Berlin, den _____

Dortmund, den _____

Yves Rawiel
Geschäftsführer
spectrumK GmbH

Klaus-Jürgen Lotz Norbert Stein
Präsident Geschäftsführer
Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

Anlage 1 Hilfsmittel

Folgende Hilfsmittel sind durch den Kompressions-Vertrag geregelt:

Versorgungsbereich PQ	Versorgungsbereich Produktuntergruppe 6-Steller	Versorgungsbereich Inhalt
17A	17.06.01-05 17.06.07-20	Medizinische Kompressionsstrümpfe
17B	17.10.01 17.10.03-05	Medizinische Kompressionsarmstrümpfe
17C	17.06.06 17.07.01 17.10.02 17.11.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression
17D	17.17.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)
17E	17.99.01-02	Apparate zur Kompressionstherapie
	17.99.99	Abrechnungspositionen

Es besteht die Möglichkeit, den Beitritt für einen oder mehrere Versorgungsbereiche zu erklären (**Anlage 5a**).

Bei der Abrechnung ist die jeweilige Hilfsmittelpositionsnummer (10-Steller) anzugeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V das der Versorgung entsprechende Kennzeichen Hilfsmittel bei der Abrechnung anzugeben.

Anlage 2 Teilnahmevoraussetzungen

1. Teilnahmevoraussetzungen

1.1. An diesem Vertrag können gemäß § 127 Abs. 2 SGB V sowohl Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern als auch einzelne Leistungserbringer teilnehmen.

1.2. Der vertragschließende oder beitretende Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern liefert die Daten der am Kompressions-Vertrag teilnehmenden Mitgliedsbetriebe im vorgegebenen Format an spectrumK.

1.3. Der Inhalt des Datensatzes und die Datensatzbeschreibung zur Lieferung der Daten bezüglich der beigetretenen Mitgliedsbetriebe sind der **Anlage 2a** zu entnehmen.

1.4. Der Verband stellt gegenüber spectrumK für seine Mitglieder die Richtigkeit und Vollständigkeit bei Erstangabe und Aktualisierungen der zur Erfüllung der Vertragsteilnahme eingereichten Daten sicher. Auf Nachfrage und bei Stichprobenprüfung durch spectrumK sind diese Unterlagen unverzüglich vorzulegen. Eine Haftung des vertragschließenden Verbandes / des Verbandes gegenüber spectrumK oder den teilnehmenden Krankenkassen ergibt sich hieraus nicht.

1.5. Der vertragschließende Verband bzw. Verband stellt seinen Mitgliedern den Vertrag zur Verfügung und erklärt darüber hinaus bei Bedarf die Vertragsinhalte.

1.6. Einzelnen Leistungserbringer, die diesem Vertrag beitreten, händigt spectrumK den Vertrag aus und erklärt die Vertragsbestandteile. Der Beitritt erfolgt über die **Anlage 5**. Beizubringende Unterlagen sind in Punkt 2 dieser Anlage erläutert.

1.7. Die Angaben über die Vertragspartnerschaft nach diesem Vertrag werden den teilnehmenden Krankenkassen von spectrumK zur Verfügung gestellt. Die beitretenden Leistungserbringer stimmen der Weiterleitung ihrer Daten an die Krankenkasse und geeigneten Veröffentlichung durch diese (bspw. auf der Homepage der Krankenkasse) zu.

1.8. Für die Aktualisierung der Angaben in der Vertragsdatenbank hat sowohl der vertragschließende Verband bzw. der Verband für seine Mitglieder als auch jeder einzelne Leistungserbringer zu sorgen. Fehlerhafte, unvollständige und nicht aktualisierte Angaben führen ggf. zur Löschung des Vertragspartners aus der Vertragspartnerdatenbank. In diesen Fällen hat sich das Mitglied eines Verbandes an diesen zu wenden, um die Wiederaufnahme in die Vertragspartnerdatenbank zu erwirken. Eine Haftung des vertragschließenden Verbandes / des Verbandes gegenüber spectrumK oder den teilnehmenden Krankenkassen ergibt sich hieraus nicht. Der einzelne Leistungserbringer hat sich im Fall der Löschung seiner Adressdaten an spectrumK zu wenden und den Grund der Löschung persönlich zu bereinigen, sofern er dies beabsichtigt.

1.9. Liegen die Voraussetzungen zur Erfüllung der Vertragsteilnahme nicht oder nicht mehr vor, endet die Teilnahme an diesem Vertrag und führt zur Löschung aus der Vertragsdatenbank und Meldung an die Krankenkassen und deren Abrechnungszentren.

2. Unterlagen für Beitritt

Einzelnen beitretende Leistungserbringer, die diesem Vertrag beitreten wollen, haben im Vorfeld folgende Unterlagen bei spectrumK einzureichen:

- Beitrittserklärung, **Anlage 5a**, inklusive der Angabe zu den Versorgungsbereichen und Versorgungsregion
- Präqualifizierungsbestätigung
- Nachweis eines Qualitätsmanagements

Anlage 2a Datensatzbeschreibung

Die Daten sind im Excell-Format unter Berücksichtigung folgender Vorgaben an spectrumK (hilfsmittel@spectrumK.de) zu übermitteln.

Feld	max. Stellenanzahl	Feldtyp	Feldart	Bemerkungen
Name Verband	...100	an	M	Name des Verbandes ist für das Einspielen in die Datenbank erforderlich
IK_Betriebsstätte	9	n	M	IK der jeweiligen am Vertrag teilnehmenden Betriebsstätte, Angabe ohne Leerzeichen
Name_Betriebsstätte	...35	an	M	vollständiger Firmenname der jeweiligen am Vertrag teilnehmenden Betriebsstätte
Adresse	...35	an	M	Straße + Hausnummer
Postleitzahl	5	n	M	
Ort	...35	an	M	
Telefonnummer	...20	an		
Faxnummer	...20	an		
E-Mail Adresse	...50	an		
Datum_Beitritt_Betriebsstätte	10	an	M	Datum, zu dem der Leistungserbringer dem Vertrag beitrifft, TT.MM.JJJJ
Datum_Beitritt_Ende	10	an		Datum, zu dem der Beitritt beendet wird, tt.mm.jjjj
Anrede_GF	4	an	M	Anrede Geschäftsführer (GF) Frau/Herr
Titel_GF	...20	an		
Vorname_GF	...35	an	M	
Name_GF	...35	an	M	
Anrede_FL	4	an	M	Anrede Fachlicher Leiter (FL), Frau/Herr
Titel_FL	...20	an		
Vorname_FL	...35	an	M	
Name_FL	...35	an	M	
Präqualifizierung	10	an	M*	Angabe, ob Präqualifizierung vorliegt, J/N
Gültigkeit_Präqualifizierung	10	an	M**	Gültigkeitsdatum der Präqualifizierung, in der Regel 5 Jahre, Format: TT.MM.JJJJ

Präqualifizierung_Versorgungsbereiche	...100	an	M	Leistungserbringer kann sich für einen oder mehr Versorgungsbereiche qualifizieren, dies ist auf der Bestätigung eingetragen, es können ein oder mehrere VB angegeben werden, Format: 17A,17B
Wahl_Versorgungsbereiche	...100	an	M	der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, alle VB, für die er präqualifiziert ist, auch zu bedienen, es kann also Abweichungen zum Feld <i>Präqualifizierung_Versorgungsbereiche</i> geben, es können ein oder mehrere VB angegeben werden, Format: 17A
Angabe der Versorgungsregion (PLZ)	...100	an	M	Der Leistungserbringer gibt an, in welcher Region er die Versicherten versorgt, die Angabe erfolgt über 2-Steller Postleitzahlen , es können ein oder mehrere PLZ-Bereiche angegeben werden, Format: 15, 17, 18
Zertifizierung Qualitätsmanagement	1	an	M	Qualitätsmanagement ist vorhanden; J/N
Elektronischer Kostenvoranschlag	1	an		Angabe über die grundsätzliche Möglichkeit des elektronischen Kostenvoranschlags, J/N
Status	1	An		Für folgende Datensätze ist eine Kennzeichnung notwendig: N = neuer Leistungserbringer G = Geänderter Leistungserbringer B = Beendigung der Teilnahme am Vertrag
M	Pflichtfeld (M)			

Anlage 3 Produktgruppe 17 - Kompressionstherapie

1. Begriffsdefinition

- 1.1. **Erstversorgung:** Eine Erstversorgung im Sinne dieses Vertrages liegt dann vor, wenn der Versicherte erstmalig von diesem Leistungserbringer mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie versorgt wird oder am erkrankten Körperteil bisher noch keine Versorgung stattgefunden hat (erhöhter Messaufwand und Beratungsbedarf). (Hilfsmittelkennzeichen (HKZ) = 00)
- 1.2. **Folgeversorgung:** Hilfsmittelversorgung nach Ablauf einer im Hilfsmittelverzeichnis vorgegebenen allgemeinen Nutzungsdauer oder bei Wachstumsveränderung/krankheitsbedingter Veränderung, wenn eine Anpassung nicht mehr möglich ist (HKZ = 10)
- 1.3. **Wechselversorgung:** Versorgung mit zwei gleichen Hilfsmitteln, die aus hygienischen Gründen erforderlich ist. (Mehrfachausstattung) (HKZ = 04)
Die Wechselversorgung ist vergütungstechnisch wie die Folgeversorgung zu behandeln.
- 1.4. **Ersatzversorgung:** Hilfsmittelversorgung aufgrund von Verschleiß des Urproduktes, wenn eine Reparatur unwirtschaftlich ist (HKZ = 11)
Die Ersatzversorgung ist vergütungstechnisch wie die Folgeversorgung zu behandeln.
- 1.5. **Mindesthaltbarkeit:** Gemäß Hilfsmittelverzeichnis beträgt die Mindesthaltbarkeit von Kompressionsstrümpfen bei regelmäßiger Nutzung in der Regel 6 Monate.
- 1.6. **Maßanfertigung:** Hilfsmittel, das individuell nach den durch den Leistungserbringer erhobenen Maßen des Versicherten angefertigt wird.

2. Versorgungsumfang

Mit den Vertragspreisen nach diesem Vertrag sind alle zur Abgabe notwendigen Dienst- und Serviceleistungen abgegolten, insbesondere

- die Abgabe der in der **Anlage 1** des Vertrages zur Versorgung mit Kompressionshilfen der PG 17 gelisteten Hilfsmittel nach vertragsärztlicher Verordnung bzw. ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung
- die individuelle Messung durch den Leistungserbringer zu Beginn jeder Versorgung und Folgeversorgung der Versicherten. Dies gilt sowohl für konfektionierte und teilkonfektionierte als auch individuell herzustellenden Hilfsmittel
- die Beratung des Versicherten bei der Produktauswahl
- die Dokumentation des Versorgungsprozesses bei Maßanfertigungen, insbesondere das Anlegen eines Maßblattes, des Erhebungsbogens gemäß Anlage 7 und der Versorgungsdokumentation nach MPG
- Bereitstellung der Dokumentation des Versorgungsprozesses im Genehmigungsprozess. Grundsätzlich sind alle Unterlagen spectrumK und den Krankenkassen auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.
- die Anpassung sowie Nachjustierung des Hilfsmittels. Reparaturen können nach Kostenvoranschlag abgerechnet werden, es sei denn, es handelt sich um Fälle der gesetzlichen Gewährleistung.
- die umfassende Einweisung in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels und der Hinweis auf die Herstellerangaben zum Hilfsmittel

- das permanente Vorhalten einer ausreichend großen Auswahl gängiger Produkte zur Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmittels. Dies gilt insbesondere für konfektionierte Kompressionshilfen.

3. Personelle Voraussetzungen

- 3.1. Die fachliche Präsenz entsprechend den Vorgaben des Präqualifizierungsverfahrens ist in allen Versorgungsschritten (Auswahl, Anprobe, Abgabe sowie bei Reparaturen) zu gewährleisten.
- 3.2. Der Leistungserbringer stellt für sich und seine Mitarbeiter die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf begründetes Verlangen der Krankenkasse hat der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vorzulegen.

3.2.1. Zusätzliche Anforderung an die Versorgung mit flachgestrickten Kompressionshilfen

Die Versorgung mit flachgestrickten Kompressionshilfen der Produktuntergruppen 17.06.14. bis 17.06.19., 17.10.04., 17.10.05. und diversen Zusätzen in den Untergruppen 17.06.07. und 17.99.99. erfordert besondere fachliche Kenntnisse. Der Leistungserbringer weist nach, dass die entsprechenden Kenntnisse in seinem Betrieb vorhanden sind. Der Nachweis erfolgt durch Zertifikate über eine Fortbildung zur lymphologischen Kompressionsstrumpfversorgung. Die Teilnahme an dieser Fortbildung setzt solide Kenntnisse in der phlebologischen Kompressionsstrumpfbehandlung voraus.

Die mindestens 2-tägige Fortbildung muss mindestens folgende Anforderungen erfüllen:

- Umfassende Darstellung des gesamten Therapiekonzeptes
- Grundlagen und Aufbau der physikalischen Ödemtherapie
- Grundlagen der Kompressionstherapie
- Vermittlung der Besonderheiten der lymphatischen Kompressionstherapie
- Funktion des Gefäßsystems
- Aufbau des Lymphsystems
- Erkrankungen des Lymphsystems
- Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Lymphsystems
- Demonstration der Lymphdrainage inkl. Bandagierung
- Praxis der Lymphversorgung am Beispiel von Patienten mit Beinlympherkkrankungen (1 Patient für 2 Teilnehmer) inkl. Maßnahmen und Strumpfauswahl
- Grundlagen der lymphologischen Kompressionsbehandlung der unteren Extremität inkl. Hinweise zum Maßnehmen und zur Materialauswahl
- Stricktechnische Besonderheiten der Hersteller (inkl. Zehenkappen etc.) inkl. Maßnehmen und Qualitätsfestlegung
- Grundlagen der lymphologischen Kompressionsbehandlung der oberen Extremität inkl. Hin-weise zum Maßnehmen und zur Materialauswahl sowie Maßnehmen und Qualitätsfestlegung

- Erstellung von Versorgungskonzepten für Patienten mit lymphatischen Erkrankungen der oberen und unteren Extremitäten und Bewertung von Versorgungen
- Überprüfung des Lernfortschrittes am Ende des Seminars

3.2.2. Zusätzliche Anforderung an die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Narbenkompression

Die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Narbenkompression der Produktuntergruppen 17.06.06., 17.07.01., 17.10.02., 17.11.01. und 17.17.01. und diversen Zusätzen der Untergruppe 17.99.99. erfordert besondere fachliche Kenntnisse, die vom Leistungserbringer nachzuweisen sind.

Der Nachweis umfasst sowohl das Zertifikat über die Fortbildung zur Versorgung mit flachgestrickten Kompressionshilfen als auch das Zertifikat über eine zusätzliche, mindestens 2-tägige Weiterbildung im Bereich der Narbenkompression mit mindestens folgenden Inhalten:

- Grundlagen der Narbenkompressionstherapie
- Funktion der Hilfsmittel
- Besonderheiten der Verschlusssysteme
- Besonderheiten der Narbenkompressionstherapie bei Verbrennungen und nach chirurgischen Eingriffen mit Keloidbildungstendenz (Hauttransplantationen und plastische Chirurgie)
- Versorgung von Schwerbrandverletzten - von der Erstbehandlung bis zur Nachbehandlung inkl. Kompressionstherapie
- Narbenkompressionskleidung - Materialien, Fertigungstechnik und Einsatzbereiche
- Neuheiten bei der Versorgung mit Narbenkompressionskleidung und -produkten
- Möglichkeiten einer kombinierten Kompressions- und Silikonversorgung
- Speziallösungen zur Versorgung der Extremitäten
- Maßtraining sämtlicher relevanter Versorgungsmöglichkeiten am Patienten
- Erstversorgung und Aufnahme von Schwerbrandverletzten im Krankenhaus
- Transplantation - wann und wie erfolgt die Wunddeckung
- Erstellung von Versorgungskonzepten für Patienten mit Verbrennungs- oder Transplantationsnarben und Bewertung von Versorgungen
- Überprüfung des Lernfortschrittes am Ende des Seminars

4. Qualitäts- und Versorgungsstandards

- 4.1. Bei der Versorgung mit Kompressionshilfen ist der Leitfaden zur Messtechnik bei Patienten mit Lymphödemen der Bundesfachschule für Orthopädietechnik zu beachten. Zu Sicherstellung des Therapieerfolges ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer, Arzt und Therapeut erforderlich.
- 4.2. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess und stimmt diese mit ihm ab.
- 4.3. Kompressionsstrümpfe haben bei regelmäßigem Tragen und ordnungsgemäßer Pflege in der Regel eine Nutzungsdauer von 6 Monaten, bei einer

Mehrfachausstattung verlängert sich die Nutzungsdauer entsprechend. Wird bei einer einfachen Ausstattung eine Folgeversorgung früher als 6 Monate (bei Mehrfachausstattung 12 Monate) nach der letzten Versorgung notwendig, reicht der Leistungserbringer diese mit einem begründeten Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse ein.

- 4.4. Ist bei maßgefertigten Kompressionshilfen eine Mehrfachausstattung notwendig, sollte die Wechselversorgung frühestens 4 Wochen nach der Erstversorgung erfolgen, um eintretende Veränderungen berücksichtigen zu können. Vor der Wechselversorgung führt der Leistungserbringer eine erneute Messung durch. Sofern der Vertragsarzt die Erst- und Wechselversorgung auf einem Muster 16 verordnet, hat die Krankenkasse das Recht, zunächst nur der Erstversorgung zuzustimmen. Bestätigt sich durch das Messergebnis nach Ablauf der vorgenannten Frist die Passform der Erstversorgung, genehmigt die Krankenkasse beide Versorgungsformen. Für den Fall, dass sich die Passform nicht bestätigt, wird nur die Erstversorgung genehmigt.
- 4.5. Vor jeder Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie hat der Leistungserbringer eine individuelle Messung der zu versorgenden Extremitäten durchzuführen. Die Körpermaße sind nach dem jeweils aktuell verbindlichen Maßschema (zur Zeit Güte- und Prüfbestimmung RAL-GZ 387/1 und 387/2 vom Januar 2008) abzunehmen.
- 4.6. Sollte nach den Messergebnissen eine Erstversorgung mit einem Hilfsmittel aus der Serienfertigung nicht möglich und somit eine Maßanfertigung notwendig sein, ist dem Kostenvoranschlag an die Krankenkasse das Maßblatt beizufügen. Sofern auf eine Genehmigung verzichtet wird, muss das Maßblatt bei der Abrechnung beigelegt werden.
- 4.7. Bei flachgestrickten Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie und bei Hilfsmitteln zur Narbenkompression ist in jedem Fall ein Maßblatt anzulegen und bei der Genehmigung und Abrechnung einzureichen.
- 4.8. Ist eine Maßanfertigung verordnet, aber die Versichertenmaße lassen eine Versorgung mit einem Hilfsmittel der Serienfertigung zu, ist nach § 6 Abs. 9 der Hilfsmittelrichtlinie ein Serienprodukt aufgrund der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit abzugeben.
- 4.9. Der Leistungserbringer weist den Versicherten bei Abgabe des Hilfsmittels darauf hin, sich bei einem Vertragsarzt vorzustellen, insbesondere bei der Abgabe von individuell angefertigten und zugerichteten Hilfsmitteln.
- 4.10. Maßanfertigungen sind – die Mitwirkung des Versicherten vorausgesetzt - vom Leistungserbringer in den ersten drei Monaten nach Abgabe an den Versicherten auf Sitz und Passgenauigkeit zu kontrollieren.
- 4.11. In medizinisch durch den Arzt begründeten oder anatomisch durch den Leistungserbringer mittels Maßblatt begründeten Einzelfällen kann eine Kombination aus verschiedenen Kompressionshilfen erfolgen.
- 4.12. Die Abrechnungspositionen (17.99.99.) sind zusätzlich nur abrechenbar, wenn sie vertragsärztlich verordnet wurden.
- 4.13. Der Versicherte hat gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu dokumentieren, dass er im laufenden Versorgungsfall außer den verordneten Kompressionsartikeln im laufenden Jahr keine weiteren Kompressionsartikel zu Lasten der Krankenkassen von anderen Leistungserbringern bezog.
- 4.14. Dem Versicherten sind mindestens ein Kompressionsartikel und seine Wirkungsweise vorzustellen. Die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Materialien, auch hinsichtlich der Wirkungsweise, des Wärme- und Feuchtigkeitsverhaltens und möglicher allergener Eigenschaften oder sonstigen möglichen Nebenwirkungen sind

zu erläutern.

- 4.15. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, dem Versicherten mindestens ein Hilfsmittel pro 7-Steller des Hilfsmittelverzeichnisses, welches indikationsgerecht ist und den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses entspricht, aufzahlungsfrei zur Verfügung zu stellen.
- 4.16. Bei Abgabe der Kompressionshilfen überprüft der Leistungserbringer diese auf Pass- und Sitzgenauigkeit. Der Leistungserbringer weist den Versicherten in den Gebrauch des Hilfsmittels ein, insbesondere in die Bedeutung hinsichtlich des korrekten Anziehens der Kompressionshilfen. Ist der Versicherte nicht in der Lage, die Kompressionshilfen alleine anzuziehen und können auch Anziehhilfen keine Abhilfe schaffen, so muss die betreuende Person in den Gebrauch des Hilfsmittels eingewiesen werden.
- 4.17. Ist der Versicherte nicht in der Lage, die Kompressionshilfen anzuziehen und ist nicht gesichert, dass eine Fremdhilfe zur Verfügung steht, so nimmt der Leistungserbringer Kontakt mit dem behandelnden Arzt auf, da das Therapieziel gefährdet ist.
- 4.18. Der Versicherte erhält Hinweise auf die Reinigung, die Wartung, soweit diese vom Hersteller vorgesehen ist, und die Gebrauchsanweisung. Er ist auf die Verfahrensweisen bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.
- 4.19. Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel und die Fähigkeit und den Willen, das Produkt zu nutzen.
- 4.20. Die Krankenkasse ist berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in geeigneter Weise durch Begutachtungen des MDK und Befragungen der Anspruchsberechtigten zu überprüfen.
- 4.21. **Besonderheiten der Lymphatischen Versorgung:**
- 4.21.1. Die lymphatische Versorgung ist grundsätzlich mit flachgestrickten Kompressionsartikeln durchzuführen.
- 4.21.2. Die Lymphatische Versorgung beginnt mit einer ausführlichen Anamnese. Der ausgefüllte Erhebungsbogen gemäß Anlage 7 ist zwingend mit dem Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einzureichen.
- 4.21.3. Auf dem Kostenvoranschlag/der vertragsärztlichen Verordnung/dem Erhebungsbogen sind die Daten zur Entstauungstherapie zu erfassen. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Maßnahme (Messung) und die Anpassung an der Extremität unmittelbar nach Entstauung stattfinden.
- 4.21.4. Geht aus der Befragung des Versicherten nicht hervor, dass eine manuelle Lymphdrainage bereits durchgeführt wird oder verordnet ist, ist zunächst mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu halten und ggf. auf manuelle Lymphdrainage zu dringen, um das Therapieziel nicht zu gefährden.
- 4.21.5. Ausdrücklich erwünscht ist eine Mehrfachausstattung als Wechselversorgung. Es gilt Punkt 4.4.

5. Hausbesuch

Die Hausbesuchspauschale gemäß des Preisblatts der Anlage 3 kann nur im Rahmen der lymphologischen Versorgung abgerechnet werden. Über die Erforderlichkeit des Hausbesuches muss eine ärztliche Verordnung vorliegen. Die Pauschale ist einmalig pro Versorgung abzurechnen und umfasst alle erforderlichen Hausbesuche zur Maßnahme

(Messung) und Anpassung. Der Besuch in Einrichtungen gemäß § 107 Abs. 1 und 2 SGB V fällt nicht unter die Hausbesuchsregelung. Im Weiteren gilt § 5 Abs. 4 entsprechend.

6. Genehmigung

- 6.1. Die in der Preistabelle zur Anlage 3 gelisteten Hilfsmittel sind in der Erst- bzw. Folgeversorgung genehmigungsfrei, sofern es sich bei dem Vertragspreis um einen durch den GKV-Spitzenverband festgelegten Festbetrag handelt.
- 6.2. Es gilt eine Genehmigungsfreigrenze von 175,00 Euro Netto, sofern im Preisblatt zur Anlage 3 keine anderweitige Festlegung erfolgt. Die Genehmigungsfreigrenze beinhaltet zwei Stück pro Seite innerhalb von 12 Monaten. Ausschlaggebend für die Beantragung der folgenden Versorgung ist das Verordnungsdatum.
- 6.3. Genehmigungspflicht besteht bei:
 - 6.3.1. Wechselversorgung
 - 6.3.2. Ersatzversorgung
 - 6.3.3. Maßanfertigungen
 - 6.3.4. Flachgestrickte Kompressionsartikel

7. Mehrwertsteuer

Der jeweils gültige Mehrwertsteuersatz ist auf den Kostenvoranschlägen/Rechnungen erkennbar und nachvollziehbar anzugeben.

8. Vertragspreise – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Alle Preise verstehen sich als Netto-Preise zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Bei den im Preisblatt der Anlage 3 hinterlegten Vergütungen „Festbetrag“ handelt es sich um den vom GKV-Spitzenverband gemäß § 36 Abs. 2 SGB V festgelegten Festbetrag.

Bei Gruppenpreisen ist der Leistungserbringer verpflichtet, mindestens ein Hilfsmittel pro 7-Steller des Hilfsmittelverzeichnisses, welches indikationsgerecht ist und den Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses entspricht, zum Vertragspreis abzugeben. Für die weiteren Hilfsmittel können die Betriebe wirtschaftliche Aufzahlungen von den Versicherten verlangen. Darüber hinaus gelten § 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 3. Der Versicherte ist über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung zu informieren.

Gemäß § 13 Abs. 5 ist eine Depotversorgung ausgeschlossen.

Bei der Versorgung wird zum einen unterschieden in Erstversorgung und Folgeversorgung und desweiteren in Stückversorgung und Paarversorgung.

Die Wechselversorgung und die Ersatzversorgung sind vergütungstechnisch der Folgeversorgung gleichzusetzen.

Ist bei der Versorgung der unteren Extremitäten mit Hilfsmitteln der PG 17.06.14 bis 17.06.19 eine beidseitige Versorgung erforderlich, so ist der Vertragspreis der Paarversorgung anzusetzen.

Das Preisblatt für die PG 17 befindet sich in der dem Vertrag beigelegten Tabelle:

2014-09-30 Preisblatt_Kompressions-Vertrag_Anlage_3.pdf

Die Vertragspreise werden für die Produktart festgelegt. Der vertragschließende Verband stellt spectrumK die dem Vertragspreis zugrunde liegende Kalkulation zur Verfügung.

Sofern keine Vertragspreise vereinbart wurden, erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag, der von der Krankenkasse zu genehmigen ist. Die Vergütung setzt sich nach dem folgenden Preisschema zusammen: **EK+20%+AZ*54,50€**. AZ steht für Arbeitszeit und wird in Stunden angegeben. EK entspricht dem Listeneinkaufspreis des Herstellers.

Anlage 4 a Empfangsbestätigung des Versicherten über den Erhalt des Hilfsmittels

Die Krankenkasse hat die Kosten für nachfolgende Versorgung übernommen.
Die Hilfsmittel wurden mir als Sachleistung zur Verfügung gestellt.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

KV-Nummer _____

versichert bei _____

hat folgende Hilfsmittel erhalten:

Die Hilfsmittel wurden rechtzeitig und in einwandfreiem Zustand zur Verfügung gestellt.

Die Lieferung erfolgte durch: _____
(Stempel und Unterschrift des Lieferanten)

Der Versicherte hat das Hilfsmittel bestimmungs-, sachgemäß und pfleglich zu behandeln. Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit und mutwillige Beschädigung entstehen, hat der Versicherte auf eigene Kosten durch den Leistungserbringer beseitigen zu lassen.

Der Versicherte haftet für die ordnungsgemäße Unterbringung des Hilfsmittels.

Die Hinweise in der Gebrauchs- und Informationsanleitung sind zu beachten, da Folgeschäden ansonsten nicht in die Gewährleistung fallen.

Schäden und Verschleißerscheinungen jeder Art sind dem Lieferanten unverzüglich anzuzeigen. Das Hilfsmittel ist dem Leistungserbringer zur Reparatur zu überlassen. Die Hinweise in der Gebrauchsanweisung sind zu beachten, da Folgeschäden ansonsten nicht in die Gewährleistung fallen.

Der Lieferbetrieb leistet Gewähr für die Güte und Funktionsfähigkeit des o.g. Hilfsmittels im Rahmen der Gewährleistung des Herstellers und den gesetzlichen Bestimmungen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich

- die oben genannten Hilfsmittel in einwandfreiem und gebrauchsfertigem Zustand und mit Gebrauchs- und Informationsanleitung erhalten zu haben,
- dass ich in die Anwendung der Hilfsmittel eingewiesen wurde und
- dass ich Versicherter der oben genannten Krankenkasse bin.

Ein Exemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 4 b Instandsetzungs- / Reparaturschein

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
KV-Nummer	_____
versichert bei	_____
Hilfsmittel	_____
Datum der Instandsetzung	_____
Durchgeführte Instandsetzungs- bzw. Reparaturleistung	_____

Erklärung des Versicherten:

Hiermit erkläre ich, dass die Instandsetzung bzw. Reparatur durchgeführt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Leistungserbringers:

Hiermit erkläre ich, dass die Instandsetzung bzw. Reparatur in dem in der Kostenberechnung festgelegten Umfang notwendig war und ordnungsgemäß und vollständig ausgeführt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringer

Anlage 4 c Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten

Name, Vorname	_____
Anschrift	_____
PLZ und Ort	_____
Geburtsdatum	_____
KV-Nummer	_____
versichert bei	_____

Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt, informiert worden.

Nach umfassender und unabhängiger Beratung habe ich mich aus freien Stücken für eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels, und somit ggf. für eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht, entschieden.

Die Mehrkosten hierfür in Höhe von _____ EUR trage ausschließlich ich. Dies gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in Folge anfallen können (z.B. Reparatur, Wartung, Ersatzbeschaffung). Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegen meine Krankenkasse habe.

Ein Exemplar dieser Information habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Anlage 5a Beitrittserklärung Leistungserbringer zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie der PG 17 *
Seite 1 von 2

Leistungserbringer (Name, Firmenbezeichnung)
Institutionskennzeichen ** / Tel.-Nr. / Fax-Nr.
Inhaber/Geschäftsführer / E-Mail-Adresse:
Fachlicher Leiter der Betriebsstätte (Vorname und Zuname)
Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

***] Institutionskennzeichen über das abgerechnet wird*

Hiermit trete/n ich/wir dem mir/uns ausgehändigten Rahmenvertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V OT-Vertrag bei und verpflichte/n mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten. Der Beitritt erfolgt für die in dieser Anlage benannten Versorgungsbereiche und Versorgungsgebiete.

Ich/wir erfülle/n alle Voraussetzungen nach § 3 in Verbindung mit der Anlage 2 des Rahmenvertrages.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Beitrittserklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe/n.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Über die Berechtigung zur Versorgung und die Art und den Umfang der Belieferung entscheidet die beteiligte Krankenkasse unter Beachtung des Rahmenvertrages.

* Für jede Betriebsstätte ist eine eigene Beitrittserklärung abzugeben.

Beitrittserklärung Seite 2 von 2Wahl des Versorgungsbereiches

Für die oben genannte Betriebsstätte _____ (Name)

erfolgt der Vertragsbeitritt zu den Versorgungsbereichen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

	Versorgungsbereich PQ	Produktart 7-Steller	Versorgungsbereich Bezeichnung
<input type="checkbox"/>	17A	17.06.01-05 17.06.07-20	Medizinische Kompressionsstrümpfe
<input type="checkbox"/>	17B	17.10.01 17.10.03-05	Medizinische Kompressionsarmstrümpfe
<input type="checkbox"/>	17C	17.06.06 17.07.01 17.10.02 17.11.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression
<input type="checkbox"/>	17D	17.17.01	Hilfsmittel zur Narbenkompression (Kopf)
<input type="checkbox"/>	17E	17.99.01-02	Apparate zur Kompressionstherapie

Wahl des Versorgungsgebietes

Ich/wir versorgen die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen in folgenden Postleitzahlenbereichen:

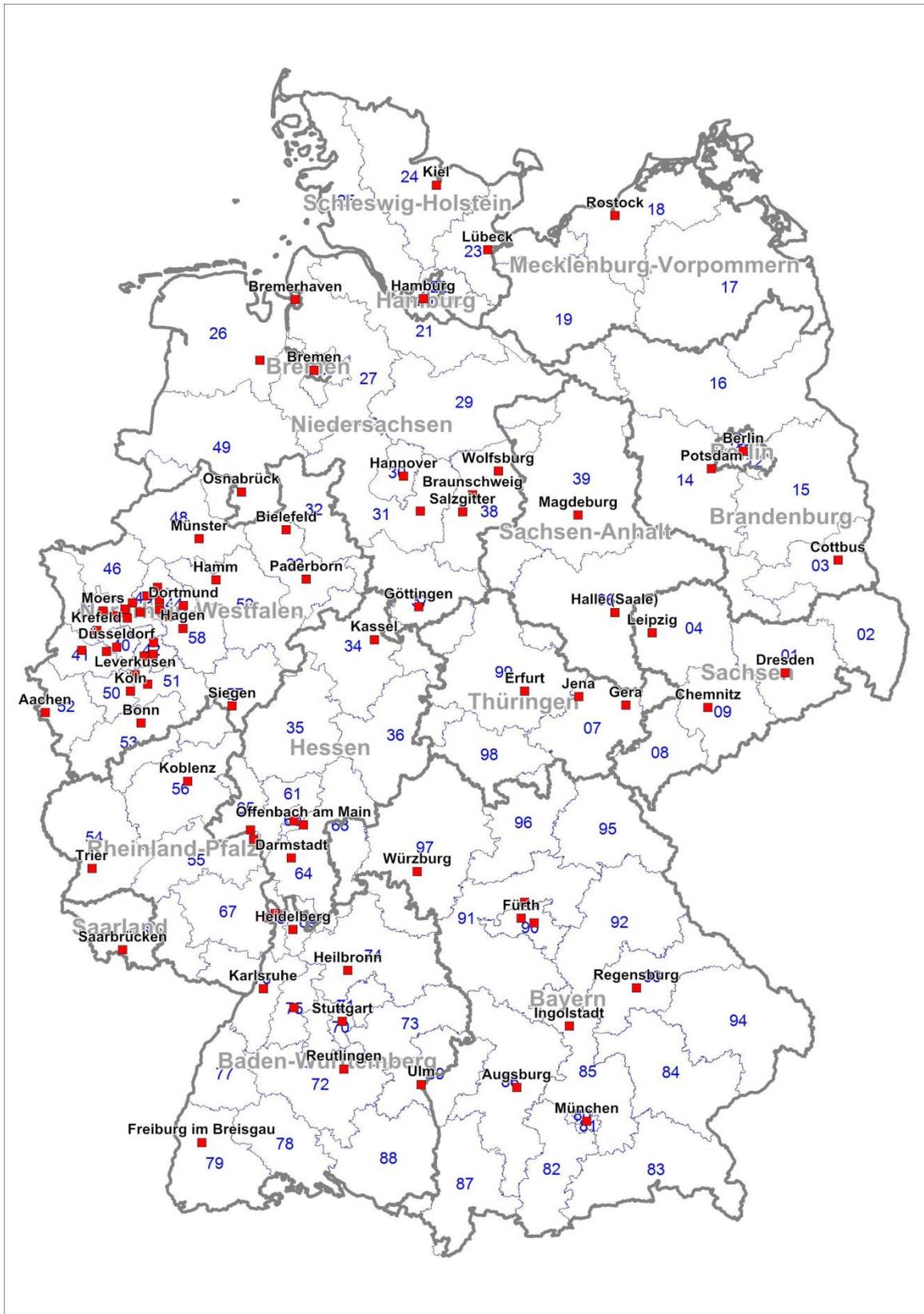
Bitte geben Sie einen oder mehrere 2-Steller PLZ-Bereiche gemäß der Übersicht in der Anlage 5a ein.

2-Steller PLZ-Bereich	

Ort und Datum_____
Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 5a:

Übersicht über die 2-Steller Postleitzahlenbereiche



Anlage 5b Beitrittserklärung Verband zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie PG 17

Verband oder sonstiger Zusammenschluss von Leistungserbringern
Institutionskennzeichen / Tel.-Nr. / Fax-Nr.
Inhaber/Geschäftsführer / E-Mail-Adresse:
Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Hiermit trete/n ich/wir dem mir/uns ausgehändigten Rahmenvertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V Kompressions-Vertrag bei und verpflichte/n mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten.

Ich/wir erkläre/n den Beitritt für unsere Mitglieder, die gemäß § 2 Abs. 5 in Verbindung mit § 2 Abs. 4 dem Vertrag beitreten können.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Beitrittserklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe/n. Somit werden die Änderungen und Ergänzungen auch gegen unsere Mitgliedsbetriebe, die diesem Vertrag beigetreten sind, wirksam. Ich/wir verpflichte/n mich/uns, die Änderungen und Ergänzungen an unsere Mitgliedsbetriebe weiterzuleiten.

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, unseren Mitgliedsbetrieben die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und bei Beitritt deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Verbandes

Anlage 6 Am Kompressions-Vertrag teilnehmende Krankenkassen

Anlage 7 Erhebungsbogen für die lymphatische Versorgung

Angaben zum Versicherten	
Name:	
Vorname:	
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
Versichertennummer	
Größe:	
Gewicht.:	
<input type="checkbox"/> überwiegend stehende Tätigkeit	<input type="checkbox"/> überwiegend sitzende Tätigkeit
Diagnose gem. VO:	
Liegt eine Schwangerschaft vor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Therapie	
Akutbehandlung in Klinik/Rehaeinrichtung:	vom: _____ bis: _____
Anzahl der täglichen Lymphdrainagen stationär:	
Anzahl der ambulanten Lymphdrainagen laut Verordnung:	
Beginn / Intervall der ambulanten Lymphdrainagen	

Versorgungsrelevante Zweiterkrankung, Kontraindikationen oder Therapien	
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> , wenn ja, welche _____
Kontaktallergien	<input type="checkbox"/> , wenn ja, welche _____
Verschlusskrankheit (arteriell/venös)	<input type="checkbox"/> , wenn ja, welche _____
Ulcus	<input type="checkbox"/> , wenn ja, Lokalisierung _____
Lähmungen	<input type="checkbox"/> , wenn ja, welche _____
Erysipel (Wundrose)	<input type="checkbox"/> , wenn ja, wo und wann _____
Weitere Hinweise	<input type="checkbox"/> , wenn ja, welche _____
Rücksprache mit dem Arzt erfolgt	<input type="checkbox"/> , wenn ja, welche _____

Bisherige Versorgung	
Ist Versicherter bereits mit Kompressionsstrümpfen versorgt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, „rundgestrickt“ <input type="checkbox"/> Ja, „flachgestrickt“
Monat und Jahr der letzten Versorgung	
Bisherige Compliance des Versicherten	<input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> gegeben“ <input type="checkbox"/> gering“ <input type="checkbox"/> keine
Ist der Versicherte in der Lage, die Kompressionshilfen alleine anzuziehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nur mit Anziehhilfen“ <input type="checkbox"/> Nur mit Fremdhilfe
Bemerkungen	

Palpationsbefund (Sichtbefund, positives Stemmersches Zeichen), Ödemlokalisierung	
Zehen	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Fußrücken	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Unterschenkel	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Oberschenkel	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Genitalbereich	<input type="checkbox"/>
Rumpf	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Schulter	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Arm	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Hand	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Handrücken	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Finger	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Kopf	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

Hautbild / Druckempfinden							
Haut ist intakt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Fußpulse sind tastbar	<table border="1"> <tr> <td>Rechts</td> <td>Links</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	Rechts	Links	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rechts	Links						
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja						
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein						
Hautempfinden (Druck)	<input type="checkbox"/> sensibel <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> kein						
Transplantationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Hautverfärbungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Hauttemperatur	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> kühl <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> heiß						

Ödemkonsistenz	
Konsistenz	<input type="checkbox"/> Eindrückbar <input type="checkbox"/> nicht eindrückbar <input type="checkbox"/> verhärtet

Messung / Anprobedokumentation	
Messung am: Daten siehe Maßblatt	
Messung durch	
Anprobe am:	
Versicherter benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anziehhilfe <input type="checkbox"/> Fremdhilfe
Passform / Sitz	<input type="checkbox"/> Generell faltenfrei, insbesondere <input type="checkbox"/> Hosenteil <input type="checkbox"/> Leistenbeuge. <input type="checkbox"/> Kniekehle <input type="checkbox"/> Haftrand. <input type="checkbox"/> Armbeuge <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Druckempfinden des Versicherten nach Anprobe	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O., weil _____
Druckempfinden durch Berater	<input type="checkbox"/> i.O. <input type="checkbox"/> nicht i.O., weil _____

Weiteres Vorgehen	
Vorgehen	<input type="checkbox"/> Kompressionshilfe wird an den Versicherten übergeben <input type="checkbox"/> Rücksendung an den Hersteller <input type="checkbox"/> Rücksprache des Fachberaters innerhalb von 14 Tagen
Telefonische Rücksprache (Datum)	
Wiedervorstellung (Datum)	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Leistungserbringer

Bestätigung des Versicherten

hiermit bestätige ich, _____ (Name des Versicherten)
dass die obigen Angaben korrekt sind. Darüber hinaus bestätige ich, dass keine parallele Versorgung mit demselben Hilfsmittel durch einen anderen Leistungserbringer vorliegt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten