

**Rahmenvertrag
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
über
die Versorgung mit Hilfsmitteln
der Produktgruppen
05 (Bandagen), 23 (Orthesen) und 24 (Prothesen)
(OT-VERTRAG)**

zwischen

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

Reinoldstr. 7 - 9
44135 Dortmund

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

-nachstehend vertragschließender Verband genannt-

und

spectrumK GmbH

Spittelmarkt 12
10117 Berlin

vertreten durch den Geschäftsführer
Herrn Yves Rawiel

-nachstehend spectrumK genannt-

Vertragsnummer: 35002-12-A

Leistungserbringergruppenschlüssel:

Orthopädiemechaniker, Bandagist, Sanitätshaus:	15 00 002
Sonstige Leistungserbringer:	19 00 002
Apotheken:	11 00 002
Orthopädieschuhmacher:	16 00 002 ¹

¹ Ergänzung gemäß 1. Protokollnotiz, wirksam ab 01.08.2013

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Vertragsgegenstand	4
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages	4
§ 3 Voraussetzungen	5
§ 4 Grundsätze der Versorgung	7
§ 5 Umfang der Leistung / Versorgung der Versicherten	8
§ 6 Instandhaltung/Instandsetzung	10
§ 7 Genehmigung	11
§ 8 Vergütung	12
§ 9 Zuzahlung und Mehrkosten	12
§ 10 Abrechnung	13
§ 11 Gewährleistung	14
§ 12 Haftung	15
§ 13 Statistik	16
§ 14 Beeinflussung, Depots und Werbung	16
§ 15 Datenschutz	17
§ 16 Prüfverfahren	17
§ 17 Verfahren bei Konflikten / Qualitätsmanagement	18
§ 18 Vertragsverstöße/Regressverfahren	18
§ 19 Dauer und Beendigung der Teilnahme von Verbänden und Leistungserbringern	19
§ 20 Inkrafttreten und Kündigung	20
§ 21 Sonderkündigungsrecht bei Fusion	21
§ 22 Schlussbestimmungen	21

Anlage 1	Hilfsmittel	23
Anlage 1a	Hilfsmittel	26
Anlage 2	Teilnahmevoraussetzungen	29
Anlage 2a	Datensatzbeschreibung	31
Anlage 3a	Produktgruppe 05 - Bandagen	33
Anlage 3b	Produktgruppe 23 - Orthesen.....	36
Anlage 3c	Produktgruppe 24 – Beinprothesen.....	41
Anlage 3d	Produktgruppe 24 - Brustprothesen	45
Anlage 4a	Empfangsbestätigung des Versicherten über den Erhalt des Hilfsmittels	48
Anlage 4b	Instandsetzungs- / Reparaturschein.....	49
Anlage 4c	Erklärung des Versicherten zu Mehrkosten.....	50
Anlage 5a	Beitrittserklärung Leistungserbringer zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Bandagen/ Orthesen/Prothesen *	51
Anlage 5b	Beitrittserklärung Verband zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Bandagen/ Orthesen/Prothesen.....	55
Anlage 5c	Beitrittserklärung Leistungserbringer zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Bandagen/ Orthesen/Prothesen *	56
Anlage 6	Am OT-Vertrag teilnehmende Krankenkassen	59
Anlage 7	Datenumfang und Prozessbeschreibung für die Lieferung der Frequenzstatistik.....	60
Anlage 8	Eigenerklärung des beitretenden Leistungserbringers *	62
Anlage 9	Erhebungsbogen für Beinprothesen.....	63
Anlage 10	Maßblätter Prothesen	67
Anlage 11	Mindestanforderungen an die Foto- und Videodokumentation	72

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.

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 Produktgruppen 05 (Bandagen), 23 (Orthesen) und 24 (Beinprothesen und Brustprothesen) 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** bzw. der Anlage 5c² 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** bzw. nach Anlage 5c² 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 2 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.

Liegt noch keine Präqualifizierungsbestätigung vor und verfügt der Leistungserbringer über eine Zulassung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der am 31.03.2007 geltenden Fassung

² Ergänzung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

oder einen durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgestellten Nachweis (Abgabeberechtigung) über die Erfüllung der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung des § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung vom 01.04.2007, so kann die Präqualifizierungsbestätigung innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten ab Beitrittserklärung nachgereicht werden. Ist innerhalb dieser Frist kein Nachweis über die Präqualifizierung erbracht, kann die Teilnahme am Vertrag zum Ablauf der Frist enden.

(3) spectrumK ist berechtigt, Nachweise über 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.

(6) Der Leistungserbringer bestätigt mit seiner Beitrittserklärung zu diesem Vertrag, dass er die in § 3 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 beitragswillige 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 § 15 dieses Vertrages.

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). 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.
- (2) 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.
- (3) Hilfsmittel, die aus prophylaktischen Gründen, beispielsweise zum Schutz vor Verletzungen bei sportlicher oder beruflicher Tätigkeit abgegeben werden, fallen nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkasse.
- (4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass er die Versorgung in der vertraglich vereinbarten Region gemäß **Anlage 5a** gewährleisten kann.
- (5) Die Versorgung erfolgt grundsätzlich nur mit den im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten. Bei Versorgung mit Hilfsmitteln, die aufgrund ihrer Eigenart nicht als Einzelprodukte gelistet sind, wie beispielsweise individuell gefertigte Orthesen und Prothesen, erfolgt die Versorgung gemäß den Beschreibungen im Hilfsmittelverzeichnis, insbesondere die der Produktart. Die Leistungsbeschreibungen der Preisblätter sind zu beachten.
- (6) Für Hilfsmittel, die nach Vertragsbeginn in das Hilfsmittelverzeichnis bzw. die Produktart aufgenommen werden, gelten grundsätzlich die Regelungen zu der jeweiligen Produktart nach diesem Vertrag.
- (7) Bei Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses (Erweiterung um bzw. Wegfall von Produktuntergruppen/Produktarten) wird der Vertrag entsprechend angepasst.
- (8) 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), 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.
- (9) Der Leistungserbringer weist die Einhaltung der Qualitätsanforderungen aus den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System nach. Der Leistungserbringer hat dazu eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 13485:2007 und/oder DIN EN ISO 9001:2008 und/oder entsprechend neuen Zertifizierungsnormen vorzulegen. Das Qualitätsmanagementsystem muss 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.

(10) 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 (Kassenummer)
- 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 Verordnungsblattes
- 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).

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

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

(13) 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.

(14) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen sind nur gestattet, wenn sich die Präqualifizierung des Leistungserbringers gemäß § 126 Abs. 1a 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. Bei 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 §14 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 angefertigte Maßartikel dürfen nur abgegeben werden, wenn die Versorgung nicht über konfektionierte oder vorgefertigte Ware abgedeckt werden kann. Sie müssen im Einzelfall notwendig und vertragsärztlich verordnet sein. Gemäß § 6 Abs. 9 der HilfsM-RL sind Maßanfertigungen, d.h. Einzelfertigungen nach den individuellen Maßen des Versicherten, nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln denselben Zweck erfüllt.

(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.

(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 im Abstand von jeweils vier Wochen nach dem vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten benannten Übergabetermin 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.

§ 6 Instandhaltung/Instandsetzung

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

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

(3) Kosten für die Instandsetzung und Instandhaltung können vom Leistungserbringer nicht geltend gemacht werden, wenn er während des Versorgungszeitraumes Eigentümer des Hilfsmittels bleibt oder die Instandsetzung unter die Gewährleistungspflicht bzw. Garantie des Leistungserbringers oder Herstellers fällt.

(4) Sofern sich das Hilfsmittel nicht im Eigentum des Leistungserbringers befindet, kann der Leistungserbringer für vom Hersteller vorgesehene Instandhaltungen eine Wartungspauschale gemäß den Vorgaben der **Anlage 3c** in Ansatz bringen.

(5) 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.

(6) 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.

(7) Können Instandsetzungen außerhalb der Gewährleistungspflicht bzw. Garantie nicht sofort ausgeführt werden, und kann der Leistungserbringer kein vergleichbares Ersatzhilfsmittel aus seinem Bestand zur Verfügung stellen, so kann der Leistungserbringer die Mietpauschale des Herstellers für das Hilfsmittel ohne Aufschlag dem Kostenträger in Rechnung stellen.

(8) 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.

(9) 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 den **Anlagen 3a-d** 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 Versorgungsleistungen 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 geregelt³.**

Die Mindestanforderungen an die Angaben gelten auch für die Versorgungsanzeige.

(5) Die Krankenkassen haben eine Bearbeitung der Kostenvoranschläge möglichst 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, Versorgungsleistungen 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.

³ Ergänzung gemäß 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

(7) spectrumK behält sich vor, das Genehmigungsverfahren in Abstimmung mit dem vertragschließenden 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 den **Anlagen 3a, 3b, 3c und 3d** 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 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 den **Anlagen 3a bis 3d** enthaltenen Regelungen frühestens 12 Monate nach Inkrafttreten des Vertrages Nachverhandlungen über Neuregelungen fordern. Können sich die Vertragsparteien nicht über Neuregelungen für eine oder mehrere dieser Anlagen einigen, kann spectrumK oder der vertragschließende Verband diese betreffenden Anlagen gemäß § 20 kündigen. Kann für sämtliche **Anlagen 3a bis 3d** keine Einigung über Neuregelungen erzielt werden, kann spectrumK oder der vertragschließende Verband alle diese Anlagen kündigen.

§ 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 geregelt⁴**

⁴ Ergänzung gemäß 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

(4) Bei der Abrechnung sind ausschließlich die vereinbarten Vertragspreise gemäß **Anlage 3a-d** zu berücksichtigen.

(5) Bei der Abrechnung ist die jeweilige Hilfsmittelpositionsnummer zu nutzen. Die in den Preisblättern der **Anlagen 3a bis 3d** angegebenen Kennzeichen Hilfsmittel sind zu verwenden.

(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.

(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. Der Leistungserbringer sowie die Erfüllungsgehilfen tragen die Beweislast dafür, dass der Fehler nicht schon bei der Ausgabe vorhanden gewesen ist; dies gilt nicht für Fehler, die auch bei sorgfältiger Prüfung nicht erkennbar gewesen sind. 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.
- (8) Der Leistungserbringer sichert ferner zu, dass er über das Eigentum an allen bezeichneten, nach dem 01.10.2012 an die Versicherten übergebenen Hilfsmitteln verfügt.
- (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 Statistik

(1) Der vertragschließende Verband, der Verband sowie die einzeln beigetretenen Leistungserbringer stellen spectrumK Statistiken gemäß Anlage 7 über die erbrachten Leistungen zur Verfügung. Die Anlage 7 kann auch nach Abschluss des Vertrages in Abstimmung mit dem vertragschließenden Verband angepasst werden. Der vertragschließende Verband, der Verband sowie die einzeln beigetretenen Leistungserbringer werden rechtzeitig, mindestens acht Wochen vor Inkrafttreten der neuen Inhalte der Anlage 7 informiert.

§ 14 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.

(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).

(6) Gemäß den Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Abs. 1 SGB V vom 31. März 2009 sind von dem Depotverbot ausschließlich Produkte ausgenommen, die zur Versorgung im Notfall eingesetzt werden. Eine Notfallversorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 128 Absatz 1 SGB V ist grundsätzlich dann anzunehmen, wenn

- aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit in Betracht

eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und

- die im konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
- der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
- der Versicherte nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also die Versorgung nicht im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.

(7) Es ist immer im Einzelfall zu prüfen, ob die notwendige Hilfsmittelversorgung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Tätigkeit direkt in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung keinen Aufschub duldet.

§ 15 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.

§ 16 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 § 18 Abs. 1 des Vertrages.

§ 17 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.

§ 18 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.

§ 19 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 anzufordern⁵. Der Verband informiert spectrumK mittels der gem. § 2 Abs. 4 zu übermittelnden Liste. Einzelne beigetretene Leistungserbringer kündigen gegenüber spectrumK.

⁵ Ergänzung gemäß 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

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 V⁶.

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.

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

(5) 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.

(6) 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.

(7) 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.

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

§ 20 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt zum 01.10.2012 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) Die Anlagen 3a bis 3d können durch spectrumK oder den vertragsschließenden Verband gemäß § 8 Abs. 6 separat mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Sofern nicht sämtliche Anlagen 3a bis 3c gekündigt werden, ist die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Eine Kündigung sämtlicher Anlagen 3a bis 3d führt zur Beendigung des Vertrages zum nächstmöglichen Termin gemäß § 20 Abs. 2. Die Kündigung einer oder mehrerer dieser Anlagen erfolgt mit Wirkung auch gegen sämtliche beigetretenen Leistungserbringer und Verbände.

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

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen

⁶ Ergänzung gemäß 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

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

(5) spectrumK kann den Vertrag auch mit Wirkung für eine einzelne Krankenkasse gegenüber dem vertragschließenden Verband nach Maßgabe des § 20 und § 21 dieses Vertrages unter Angabe des Zeitpunktes des Wirksamwerdens kündigen. Die Teilnahme gegenüber den übrigen am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen bleibt unberührt. Der vertragschließende Verband informiert seine Mitglieder entsprechend.

(6) Der vertragschließende 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. § 19 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

(7) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 21 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 zum Ablauf von einem Monat nach Wirksamwerden der Fusion gegenüber dem vertragschließenden Verband / dem Verband / dem Leistungserbringer ausgeübt werden.

(5) Die Kündigung wird wirksam zum angegebenen Kündigungstermin, frühestens jedoch vier Wochen nach Eingang der Kündigung bei spectrumK.

(6) spectrumK informiert den vertragschließenden Verband / den Verband / den Leistungserbringer unverzüglich über die eingegangene Kündigung mit Benennung des Termins des Wirksamwerdens der Kündigung.

§ 22 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 einzelnen

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

Die **Anlage 1** gilt für Leistungserbringer, die noch über eine Präqualifizierung auf Grundlage der Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der Fassung vom 16.04.2013 oder 18.10.2010 verfügen (**Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V**)⁷

Folgende Hilfsmittel sind durch den OT-Vertrag geregelt:

Versorgungsbereiche PQ	Versorgungsteilbereiche Hilfsmittelpositionsnummern (7-Steller)	Inhalt der Versorgungsteilbereiche
05A	05.01.01 05.02.01 05.04.01	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
05B	05.07.01-02 05.08.01 05.09.01-02 05.11.01 05.11.03.0-1 05.11.03.5 05.11.05	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
05C	05.11.03.2 05.11.04	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
05D	05.05.01	Bandagen, industriell und individuell gefertigt
5E	05.11.03.3-4	Maßgefertigte Leibbinden
	05.00.99.xxxx 05.99.99.xxxx	Sonstige Produkte gemäß Preisblatt der Anlage 3a
23A	23.01.01 23.07.01.1-2 23.08.04 23.11.01 23.12.03 23.13.01.0 23.07.02	Orthesen, industriell hergestellt, ohne Anpassung
23B	23.02.03 23.03.02.1-4 23.04.04 23.04.06 23.04.07.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
23C	23.02.01-02 23.03.01 23.03.02.5-6 23.04.01-03 23.04.05 20.06.01.0 23.06.01-04 23.03.02.0	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel

⁷ Ergänzung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

Versorgungsbereiche PQ	Versorgungsteilbereiche Hilfsmittelpositionsnummern (7-Steller)	Inhalt der Versorgungsteilbereiche
23D	23.05.01-02 23.06.05-06 23.08.05 23.09.01-04 23.12.01 23.15.02-04	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen oberhalb des Knies)
23E	23.02.30-32 23.03.30-34 23.04.30-32	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)
23F	23.07.01.0 23.07.02-04 23.08.01-03 23.10.01 23.13.01.1 23.14.01-04 23.15.01 23.16.01.0-3 23.16.02.0-1 23.12.02 23.16.03	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie) und Kopfschutzhelme/-bandagen, handwerklich hergestellt
23G	23.05.30-31 23.06.30-31 23.07.30-38 23.08.30-31 23.09.30-34 23.10.30-34 23.11.30 23.12.30 23.13.30 23.14.30 23.15.30-31 23.16.01.4-6 23.16.02.2 20.06.01.1 23.29.01	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)
	23.00.99.xxxx 23.99.01-47 23.99.99.xxxx	Sonstige Produkte gemäß Preisblatt der Anlage 3b

Versorgungsbereiche PQ	Versorgungsteilbereiche Hilfsmittelpositionsnummern (7-Steller)	Inhalt der Versorgungsteilbereiche
24A	24.01.01-06 24.03.01-39	Prothesen Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz)
24B	24.03.40-45 24.04.01-53 24.05.01-22 24.06.01-84	Prothesen Beinprothesen
	24.99.00-21 24.99.99.xxxx	Sonstige Produkte gemäß Preisblatt der Anlage 3c
24C	24.35.01-08 24.99.80.0-1	Prothesen Brustprothesen mit Halterungen

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.⁸

⁸ Ergänzung gemäß 1. Protokollnotiz, wirksam ab 01.08.2013

Anlage 1a Hilfsmittel⁹

Die **Anlage 1a** gilt für alle Leistungserbringer, die über eine Präqualifizierung auf Grundlage der Empfehlung gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der Fassung vom 14.10.2013 (**2. Fortschreibung der Empfehlungen**) verfügen.

Folgende Hilfsmittel sind durch den OT-Vertrag geregelt:

Versorgungsbereiche PQ	Versorgungsteilbereiche Hilfsmittelpositionsnummern (7-Steller)	Inhalt der Versorgungsteilbereiche
05A / 05A5 ¹⁰	05.01.01 05.02.01 05.04.01 05.06.01.0	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
05B3 / 05B5	05.05.01 05.07.01-02 05.08.01 05.09.01-02 05.11.01 05.11.03.0-1 05.11.03.5 05.11.05 05.06.01.1	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
05C	05.11.03.2 05.11.04	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
05D	unbesetzt	
05E	05.11.03.3-4	Maßgefertigte Leibbinden
	05.00.99.xxxx 05.99.99.xxxx	Sonstige Produkte gemäß Preisblatt der Anlage 3a
23A3	23.01.01 23.02.01 23.02.02.0-3 23.03.02.0 24.04.01.0-3 23.04.05.0	Orthesen, industriell hergestellt, ohne Anpassung
23B3	23.07.01-02 23.08.04 23.09.01.0 23.11.01 23.12.03 23.13.01.0 23.14.03.0-3 23.16.02.0-1 23.16.03	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel

⁹ Ergänzung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

¹⁰ Ergänzungen gemäß 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.03.2016

Versorgungsbereiche PQ	Versorgungsteilbereiche Hilfsmittelpositionsnummern (7-Steller)	Inhalt der Versorgungsteilbereiche
23C3	23.02.03-04 23.03.01 23.03.02.1-6 23.04.02-04 23.04.05.1-2 23.04.06-07 23.06.01-04	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie) Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
23D3	23.05.01-02 23.06.05-06 23.07.03-04 23.08.01-03 23.08.05 23.09.01.1-3 23.09.02-04 23.10.01 23.12.01-02 23.13.01.1 23.14.01-02 23.14.03.4-5 23.14.4 23.15.01-04 23.16.01.0-3	Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen oberhalb des Knies)
23E	23.02.30-32 23.03.30-34 23.04.30-32	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)
23F		unbesetzt
23G3	23.05.30-31 23.06.30-31 23.07.30-38 23.08.30-31 23.09.30-33 23.10.30-34 23.11.30 23.12.30 23.13.30 23.14.30 23.15.30-31 23.16.01.4-6 23.16.02.2 20.06.01.1 23.29.01	Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)
	23.00.99.xxxx 23.99.1-47 23.99.99.xxxx	Sonstige Produkte gemäß Preisblatt der Anlage 3b

Versorgungsbereiche PQ	Versorgungsteilbereiche Hilfsmittelpositionsnummern (7-Steller)	Inhalt der Versorgungsteilbereiche
24A	24.01.01-06 24.03.01-39	Prothesen Beinprothesen (Fuß- und Zehenersatz)
24B	24.03.40-45 24.04.01-53 24.05.01-22 24.06.01-84	Prothesen Beinprothesen
	24.99.0-21 24.99.99.xxxx	Sonstige Produkte gemäß Preisblatt der Anlage 3c
24C	24.35.01-08 24.99.80.0-1	Prothesen Brustprothesen mit Halterungen

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

Bei der Abrechnung ist die jeweilige Hilfsmittelpositionsnummer (10-Steller) anzugeben. Die in den Preisblättern der Anlagen 3a bis 3d angegebenen bzw. die der Versorgung Kennzeichen Hilfsmittel entsprechenden sind zu verwenden.

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 OT-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 / Zulassung nach §126 SGB V oder Abgabeberechtigung gemäß § 3 Abs. 2
- Kopie der Betriebshaftpflichtversicherungsbestätigung zu Personen-, Sach- und Vermögensschäden, sofern keine Präqualifizierung vorliegt

- Eigenerklärung der Zuverlässigkeit gemäß **Anlage 8**, sofern keine Präqualifizierung vorliegt
- Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2000 und/oder 9001:2008 und/oder DIN ISO 13485:2007 und/oder entsprechend neuen Zertifizierungsnormen

Anlage 2a Datensatzbeschreibung

Die Daten sind im csv-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
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
Zulassung oder Versorgungsberechtigung	1	an	M*	nur auszufüllen, wenn <u>keine</u> Präqualifizierung vorliegt, J/N
Gültigkeit_Präqualifizierung	10	an	M**	Gültigkeitsdatum der Präqualifizierung, in der Regel 5 Jahre, bei Bestandsschutz jedoch nur drei 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: 05A, 05B, 23A
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: 05A,05B,05B3,....,23A,23A3,23B,23B3,....,24A,24B..
Angabe der Versorgungsregion (PLZ)	...100	an	M	Der Leistungserbringer gibt an, in welcher Region er die Versicherten versorgt, die Angabe soll über 2-Steller Postleitzahlen erfolgen, allerdings ist auch die Begrenzung auf 5-Steller möglich, wenn das Gebiet des 2-Stellers zu groß ist (ländlicher Raum), es können ein oder mehrere PLZ-Bereiche angegeben werden, Format: 15, 17, 18321
Haftpflichtversicherung	1	an		Personen-, Sach- und Vermögensschäden, J/N , Ist der Leistungserbringer präqualifiziert, entfällt der gesonderte Nachweis
Eigenerklärung zur Zuverlässigkeit	1	an		Ist der Leistungserbringer bereits präqualifiziert entfällt die Eigenerklärung zur Zuverlässigkeit, J/N
Zertifizierung DIN ISO	1	an	M	Gültige Zertifizierung nach DIN EN ISO 13485:2007 und/oder DIN EN ISO 9001:2008 und/oder entsprechend neuen Zertifizierungsnormen ist vorhanden; J/N
Elektronischer Kostenvoranschlag	1	an		Angabe über die grundsätzliche Möglichkeit des elektronischen Kostenvoranschlags, J/N
Kooperation mit Physiotherapeuten für Gehschule	1	an		Angabe über die grundsätzliche Möglichkeit des elektronischen Kostenvoranschlags, J/N , ist nur bei der Versorgung mit Beinprothesen relevant
Name Physiotherapeut	...100	an		muss nur ausgefüllt werden, wenn eine Kooperation besteht, Vor- und Zuname
Anschrift Physiotherapeut				Straße + Hausnummer
Ort Physiotherapeut				PLZ + Ort
M*	Der Leistungserbringer muss präqualifiziert sein, als Übergangsfrist ist eine Zulassung oder Abgabeberechtigung der Gruppe 1 bzw. 2 ausreichend. Es ist zwingend eines der Felder Präqualifizierung / Zulassung-Abgabeberechtigung auszufüllen.			
M**	wenn Feld Datum_Präqualifizierung gefüllt ist, ist das Feld ein Pflichtfeld (M)			

Anlage 3a Produktgruppe 05 - Bandagen

1. Leistungsbeschreibung

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

- die Abgabe der in der Anlage 3a Punkt 6 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 herzustellende Hilfsmittel
- die Beratung des Versicherten bei der Produktauswahl
- die Dokumentation des Versorgungsprozesses bei Maßanfertigungen: Maßblatt, Zustandserhebung, Versorgungsdokumentation nach MPG sowie ggf. weitere Unterlagen¹¹.
- 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 der Reparaturpreisliste oder 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 Bandagen.

2. Hausbesuch

Im begründeten Einzelfall kann einmalig pro Versorgungsfall eine Hausbesuchspauschale abgerechnet werden. Der Besuch in Einrichtungen gemäß § 107 Abs. 1 und 2 SGB V fällt nicht unter die Hausbesuchsregelung. Im Weiteren gilt § 5 Abs. 4 entsprechend.

3. Genehmigung

Die in der Anlage 3a gelisteten Hilfsmittel sind genehmigungsfrei in der Erstversorgung zum Vertragspreis bis zu einem Verordnungswert von 150,00 Euro Netto, es sei denn, sie sind als genehmigungspflichtig gekennzeichnet.

Genehmigungspflicht besteht bei:

- **Mehrfachausstattungen:** Versorgung mit funktionsgleichen Hilfsmitteln, die aus hygienischen Gründen (Wechselversorgung) erforderlich sind
- **Ersatzversorgung:** Hilfsmittelversorgung, die aufgrund von Verschleiß des Urproduktes vor Ablauf der Mindestgebrauchzeit notwendig ist, vorausgesetzt die Reparatur ist unwirtschaftlich

¹¹ Hinweis auf Foto- und Videodokumentation wurde gestrichen gemäß 3. Protokollnotiz, wirksam zum 01.07.2015

- **Leibbinden:**
 - 05.11.03.0xxx – Damenleibbinden
 - 05.11.03.1xxx – Herrenleibbinden
 - 05.11.03.2xxx – Sonstige Leibbinden
 - 05.11.03.3xxx – Maßgefertigte Leibbinden
- **Maßgefertigte Bandagen:** hier ist neben der Verordnung und dem Kostenvoranschlag ein Maßblatt einzureichen

Unter einer **Folgeversorgung** ist die Hilfsmittelversorgung nach Ablauf der vorgegebenen allgemeinen Nutzungsdauer eines Hilfsmittels oder bei Wachstumsveränderungen – vorausgesetzt eine Anpassung ist nicht mehr möglich - zu verstehen. Die Folgeversorgung ist wie eine Erstversorgung zu handhaben.

4. Qualität der Versorgung

Die fachliche Präsenz entsprechend den Vorgaben des Präqualifizierungsverfahrens ist in allen Versorgungsschritten (Auswahl, Anprobe, Abgabe sowie bei Reparaturen) zu gewährleisten.

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.

Maßanfertigungen sind – die Mitwirkung des Versicherten vorausgesetzt - in den ersten sechs Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels vom Leistungserbringer zwei Mal auf Passgenauigkeit und Sitz zu überprüfen. Konfektionierte Hilfsmittel sind in Abhängigkeit vom Produkt, der Notwendigkeit und der Mitwirkung des Versicherten eine Woche nach Abgabe auf Passgenauigkeit, Sitz und Wirkung zu kontrollieren.

Die Beratung der Versicherten berücksichtigt folgende Aspekte:

- Der Leistungserbringer beachtet die Diskretion und führt die Beratung ggf. im räumlich abgegrenzten Bereich durch.
- Der Leistungserbringer erläutert dem Versicherten die Hilfsmittel in Bezug auf ihre
 - Wirkungsweise,
 - unterschiedlichen Eigenschaften im Wärme- und Feuchtigkeitsverhalten der unterschiedlichen Materialien
 - möglichen allergenen Eigenschaften oder sonstigen möglichen Nebenwirkungen

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen und die Listung im Hilfsmittelverzeichnis.

5. Mehrwertsteuer

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

6. Vertragspreise - Bandagen

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

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.

Bei Depotversorgungen wird ein Abschlag von 20 % auf den Vertragspreis vereinbart, da für den Leistungserbringer erheblich weniger Aufwand besteht. Die Depotversorgung ist bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse kenntlich zu machen.

Das Preisblatt für die PG 05 befindet sich in der dem Vertrag beigelegten Tabelle:

2012-09-10 Preisblatt_OT-Vertrag_Anlage_3a_Bandagen.pdf

Die Vertragspreise werden für die Produktart festgelegt. Der vertragschließende Verband stellt spectrumK die dem Vertragspreis zugrunde liegende Kalkulation inklusive einer Liste der Herstellerpreise für die 10-Steller zur Verfügung.

Sofern keine Vertragspreise vereinbart wurden, erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag, der von der Krankenkasse zu genehmigen ist. Die Vergütung setzt sich wie folgt zusammen: $EK+20\%+AZ*54,50$ €. AZ steht für Arbeitszeit und wird in Stunden angegeben.¹²

Bandagen, die – sofern nachweislich erforderlich – nach den Maßen des Versicherten industriell gefertigt werden, werden mit folgender Hilfsmittelpositionsnummer zur Genehmigung eingereicht bzw. abgerechnet: 7-Steller laut Hilfsmittelverzeichnis + 999 (z.B. 05.xx.xx.x999). Die Vergütung folgt dem Schema $EK+20\%+AZ*54,50$ €. Die in den Handbüchern des Bundesinnungsverbandes für Orthopädietechnik festgelegten Arbeitszeiten werden in die Preisblätter übernommen und gelten als verbindlich für die Leistungserbringer.³

¹² Ergänzung gemäß 1. Protokollnotiz, wirksam ab 01.08.2013

Anlage 3b Produktgruppe 23 - Orthesen

1. Leistungsbeschreibung

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

- die Abgabe der in der Anlage 3b Punkt 7 gelisteten Hilfsmittel inklusive Zubehör 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 herzustellende Hilfsmittel
- die Beratung des Versicherten bei der Produktauswahl
- Dokumentation des Versorgungsprozesses bei Maßanfertigungen: Zustandserhebung, Maßblatt, Versorgungsdokumentation nach MPG sowie ggf. weitere Unterlagen. Die Zustandserhebung erfasst mindestens Angaben zum wohnlichen Umfeld, sofern der Versicherte hierzu Angaben macht, zur Funktionsstörung des Versicherten, zur Wahl des Hilfsmittel und dem angestrebten Ziel, welches mit der Versorgung erreicht werden soll.
- Bereitstellung der Dokumentation des Versorgungsprozesses im Genehmigungsprozess. Grundsätzlich sind alle Unterlagen spectrumK und den Krankenkasse auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.
- die Anpassung sowie Nachjustierung des Hilfsmittels. Reparaturen können nach der Reparaturpreisliste oder 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 Herstellerangabe bez. des Hilfsmittels
- das permanente Vorhalten einer ausreichend großen Auswahl gängiger Produkte zur Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmittels, dies gilt vorrangig für konfektionierte Orthesen

2. Hausbesuch

Im begründeten Einzelfall kann max. zweimal im Jahr pro Versorgungsfall eine Hausbesuchspauschale abgerechnet werden. Der Besuch in Einrichtungen gemäß § 107 Abs. 1 und 2 SGB V fällt nicht unter die Hausbesuchsregelung. Im Weiteren gilt § 5 Abs. 4 entsprechend.

3. Genehmigung

Die in der Anlage 3b gelisteten Hilfsmittel sind grundsätzlich zu den vereinbarten Vertragspreisen bis zu einem Verordnungswert von 150,00 Euro Netto genehmigungsfrei, es sei denn, sie sind als genehmigungspflichtig gekennzeichnet.

Krankenhaus entlassungsrelevante Orthesen, die durch den Krankenhausarzt verordnet sind, sind bis zu einem Verordnungswert von 300,00 Euro Netto genehmigungsfrei, vorausgesetzt es liegt eine entsprechende Indikation vor und für die Orthese wurde ein Vertragspreis vereinbart. Für die postoperative Versorgung (ambulante Operationen) ist die Regelung analog anwendbar, wenn es sich um eine Hilfsmittel-Erstversorgung im Zusammenhang mit der gestellten Indikation handelt.

In diesen Fällen ist eine unmittelbare Versorgungsanzeige an die zuständige Krankenkasse erforderlich, um versicherungsrechtliche Tatbestände umgehend prüfen zu können.

Reparaturen außerhalb der Gewährleistungspflicht- bzw. Garantie sind unter Berücksichtigung des § 6 Abs. 8 bis 150,00 Euro Netto genehmigungsfrei.

Zur Genehmigung ist vom Leistungserbringer ein Kostenvoranschlag mit mindestens folgendem Inhalt bei der Krankenkasse einzureichen:

- Ärztliche Verordnung oder ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung außer Reparaturen
- IK, Name und Anschrift des Leistungserbringer
- Versichertendaten
- Hilfsmittelpositionsnummer bzw. vertragspezifische Hilfsmittelnummer
- Hersteller und Artikelnummer der Passteile
- Dokumentation gemäß Punkt 1
- Vergütung zzgl. des jeweils gültigen Mehrwertsteuersatzes

Die Krankenkasse behält sich vor, vor Erteilung der Genehmigung den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einzuschalten.

4. Versorgungspauschalen / Mieten

Knieorthesen der **Produktarten 23.04.03.3xxx** (Rahmenorthesen zur Führung und Stabilisierung des Kniegelenks mit Extensions-/Flexionsbegrenzung) und **23.04.04.2xxx** (Rahmenorthesen zur Entlastung und Stabilisierung des Kniegelenks), hier Knieorthesen genannt, werden den Versicherten im Rahmen einer Versorgungspauschale zur Verfügung gestellt.

Ebenfalls im Rahmen einer Versorgungspauschale erfolgt die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln der **Produktart 23.06.01.0xxx** (Unterschenkel-Fußorthesen zur Immobilisierung in vorgegebener Position), **23.06.01.1xxx** (Unterschenkel-Fußorthesen zur Immobilisierung in definierten, einstellbaren Positionen) und **23.06.02.0xxx** (Unterschenkel-Fußorthesen zur Mobilisierung), hier Unterschenkel-Fußorthesen genannt.

4.1. Leistungsumfang

Neben den unter Punkt 1 der Anlage 3b beschriebenen Leistungen umfasst die Versorgungspauschale folgende Leistungen:

- Ersatz- und Umversorgung mit einem gleichartigen Hilfsmittel, Rückholung, ggf. Entsorgung. Dies gilt nicht in den Fällen, in denen die Versorgung aus medizinisch notwendigen Gründen erfolgt
- Reinigung, Wiederaufbereitung, Desinfektion, Lagerung
- Vorgeschriebene medizin- und sicherheitstechnische Kontrollen nach dem MPG einschließlich der Dokumentation
- Höhenausgleichsaufwand bei den Unterschenkel-Fußorthesen sowie auf der Gegenseite

Ersatzversorgung: Hilfsmittelversorgung, die aufgrund von Verschleiß des Urproduktes vor Ablauf der Mindestgebrauchzeit notwendig ist, vorausgesetzt die Reparatur ist unwirtschaftlich.

Die Versorgungspauschale umfasst bei den Knieorthesen einen Zeitraum von vier Monaten. Bei Versorgungsungen über diesen Zeitraum hinaus, ist eine Zahlung der Differenz bis zum vereinbarten Kaufpreis möglich (Restkaufwert). Hierfür sind eine erneute ärztliche Verordnung und ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen.

Die Versorgungspauschale für Unterschenkel-Fußorthesen umfasst den gesamten Versorgungszeitraum.

4.2. Genehmigung

Vor Leistungserbringung bedarf es grundsätzlich der Genehmigung durch die Krankenkasse. Krankenhaus entlassungsrelevante Orthesen, die durch den Krankenhausarzt verordnet sind, sind bis zu einem Verordnungswert von 450,00 Euro Netto genehmigungsfrei, vorausgesetzt es liegt eine entsprechende Indikation vor und für die Orthese wurde ein Vertragspreis vereinbart. Für die postoperative Versorgung (ambulante Operationen) ist die Regelung analog anwendbar, wenn es sich um eine Hilfsmittel-Erstversorgung im Zusammenhang mit der gestellten Indikation handelt.

In diesen Fällen ist eine unmittelbare Versorgungsanzeige an die zuständige Krankenkasse erforderlich, um versicherungsrechtliche Tatbestände umgehend prüfen zu können.

4.3. Eigentum

Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das Hilfsmittel zum Gebrauch zur Verfügung, er bleibt jedoch auch für den Zeitraum der Versorgung Eigentümer des Hilfsmittels. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten entsprechend. Dies ist schriftlich zu dokumentieren und der Krankenkasse/spectrumK auf Verlangen vorzulegen.

Verluste oder Schäden gehen nicht zu Lasten der Krankenkassen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, den Leistungserbringer im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Vermeidung von Verlusten oder Schäden zu unterstützen.

Erwirbt die Krankenkasse bei Versorgung über den Versorgungszeitraum hinaus die Knieorthese so wird die Krankenkasse Eigentümer des Hilfsmittels.

4.4. Reparaturen

Der Leistungserbringer kann die Kosten für Reparaturen nur gegenüber der Krankenkasse geltend machen, wenn die Hilfsmittel sich im Eigentum der Krankenkasse befinden.

Die Versorgungspauschalen / Mieten beinhalten notwendige Reparaturen sowie das Bereitstellen eines Ersatzhilfsmittels, sofern die Reparatur nicht unmittelbar durchgeführt werden kann und ein Ersatzhilfsmittel notwendig ist. § 6 gilt entsprechend.

Ist die Knieorthese durch Kauf in das Eigentum der Krankenkasse übergegangen, ist die Reparatur genehmigungspflichtig, es sei denn die Kosten für die Reparatur liegen unter 150,00 Euro Netto. § 6 Abs. 8 gilt entsprechend.

5. Qualität der Versorgung

Die fachliche Präsenz entsprechend den Vorgaben des Präqualifizierungsverfahrens ist in allen Versorgungsschritten (Auswahl, Anprobe, Abgabe sowie bei Reparaturen) zu gewährleisten.

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.

Maßanfertigungen sind – die Mitwirkung des Versicherten vorausgesetzt - in den ersten sechs Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels vom Leistungserbringer zwei Mal auf Passgenauigkeit und Sitz zu überprüfen. Konfektionierte Hilfsmittel sind in Abhängigkeit vom Produkt, der Notwendigkeit und der Mitwirkung des Versicherten eine Woche nach Abgabe auf Passgenauigkeit, Sitz und Wirkung zu kontrollieren.

Die Beratung der Versicherten berücksichtigt folgende Aspekte:

- Der Leistungserbringer beachtet die Diskretion und führt die Beratung ggf. im räumlich abgegrenzten Bereich durch.
- Der Leistungserbringer erläutert dem Versicherten die Hilfsmittel in Bezug auf ihre
 - Wirkungsweise,
 - unterschiedlichen Eigenschaften im Wärme- und Feuchtigkeitsverhalten der unterschiedlichen Materialien
 - möglichen allergenen Eigenschaften oder sonstigen möglichen Nebenwirkungen

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation/Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen sowie die Listung im Hilfsmittelverzeichnis.

6. Mehrwertsteuer

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

7. Vertragspreise PG 23 - Orthesen

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

Für Struktur- und Passteile gilt der Einkaufspreis (EK) plus 20 % Aufschlag, es sei denn es wurden andere Vereinbarungen getroffen.

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.

Bei Depotversorgungen wird ein Abschlag von 20 % auf den Vertragspreis vereinbart, da für den Leistungserbringer erheblich weniger Aufwand besteht. Die Depotversorgung ist bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse kenntlich zu machen.

Das Preisblatt für die PG 23 befindet sich in der dem Vertrag beigelegten Tabelle

2015-07-01_Preisblatt_OT-Vertrag_Anlage_3b_Orthesen.pdf¹³

Die Vertragspreise werden für die Produktart festgelegt. Ausnahmen sind in der Preisliste geregelt. Der vertragschließende Verband stellt spectrumK die dem Vertragspreis zugrunde liegende Kalkulation inklusive einer Liste der Herstellerpreise für die 10-Steller zur Verfügung.

Sofern keine Vertragspreise vereinbart wurden, erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag, der von der Krankenkasse zu genehmigen ist. Die Vergütung setzt sich

¹³ Geändert gemäß 3. Protokollnotiz, wirksam zum 01.07.2015

wie folgt zusammen: $EK+20\%+AZ*54,50$ €. AZ steht für Arbeitszeit und wird in Stunden angegeben.¹⁴

Orthesen, die – sofern nachweislich erforderlich – nach den Maßen des Versicherten industriell gefertigt werden, werden mit folgender Hilfsmittelpositionsnummer zur Genehmigung eingereicht bzw. abgerechnet: 7-Steller laut Hilfsmittelverzeichnis + 999 (z.B. 23.xx.xx.x999). Die Vergütung folgt dem Schema $EK+20\%+AZ*54,50$ €. Die in den Handbüchern des Bundesinnungsverbandes für Orthopädietechnik festgelegten Arbeitszeiten werden in die Preisblätter übernommen und gelten als verbindlich für die Leistungserbringer.⁴

¹⁴ Ergänzung gemäß 1. Protokollnotiz, wirksam ab 01.08.2013

Anlage 3c Produktgruppe 24 – Beinprothesen

1. Leistungsumfang und Qualitätsstandards

1.1. Die Abgabe der Hilfsmittel umfasst die in der Anlage 3c Punkt 4 gelisteten Hilfsmittel, inklusive Zubehör nach vertragsärztlicher Verordnung bzw. ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung.

1.2. Die fachliche Präsenz entsprechend den Vorgaben des Präqualifizierungsverfahrens ist in allen Versorgungsschritten (Auswahl, Anprobe, Abgabe sowie bei Reparaturen) zu gewährleisten.

1.3. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Fachkräfte, die die Versicherten betreuen mindestens eine Meisterqualifikation haben. Die Fachkräfte mit Meisterqualifikationen können Fertigungs- und Betreuungsschritte an geeignete Mitarbeiter delegieren, wenn diese von der Fachkraft mit Meisterqualifikation überwacht werden.

1.4. Die Fachkraft, die die Versorgung begonnen hat, sollte diese auch abschließen, um für die Versicherten eine Kontinuität in der Versorgung herzustellen.

1.5. Im Rahmen der Anpassung der Interimsprothese sowie bei Beginn und während des Verlaufs der Fertigung der ggf. sich daran anschließenden Definitivversorgung ermittelt der Leistungserbringer den aller Voraussicht nach zu erzielenden Mobilitätsgrad des Versicherten nach den Mobilitätsklassen

- | | |
|---|---|
| 0 | nicht gehfähig |
| 1 | Innenbereichsgeher |
| 2 | eingeschränkter Außenbereichsgeher |
| 3 | uneingeschränkter Außenbereichsgeher |
| 4 | uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohem Anspruch |

Die Kriterien der Mobilitätsklassen sind dem in der **Anlage 9** beigefügten Profilerhebungsbogen zu entnehmen.

Die Krankenkasse behält sich vor, den vom Leistungserbringer definierten Mobilitätsgrad vor der Genehmigung / im Genehmigungsprozess durch den MDK prüfen zu lassen.

1.6. Die Versorgung von Amputierten erfolgt in folgendem Zyklus:

- Durchführung der Interimsversorgung (Anprobe, Herstellung und Abgabe), die in Abhängigkeit vom Rehabilitationsfortschritt des Versicherten in der Regel bis zu sechs Monaten dauert. Im Übrigen gilt Ziffer 1.13
- Durchführung der an die Interimsversorgung anschließende Definitivversorgung (Anprobe, Herstellung und Abgabe)

1.7. Die Interimsversorgung beginnt in der Regel noch während des stationären Krankenhausaufenthaltes. Der Erstbesuch sowie die weiteren notwendigen Besuche im Krankenhaus/Reha-Einrichtung oder zu Hause sind sowohl bei der Interimsversorgung als auch bei der Definitivversorgung mit dem Vertragspreis abgegolten.

1.8. Für die optimale Nutzung des Hilfsmittels ist eine Gehschulung von besonderer Bedeutung. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Physiotherapeuten erhöht die erfolgreiche Nutzung des Hilfsmittels. Sofern eine Kooperation mit einem Physiotherapeuten besteht, benennt der Leistungserbringer diesen gegenüber spectrumK.

1.9. Stellt sich heraus, dass der Versicherte nicht gehfähig wird, behält er die Interimsprothese als Definitivprothese. In diesen Fällen kann zusätzlich zur Interimsprothese die KosmetikpauSchale angesetzt werden.

1.10. Der Versorgungsprozess wird vom Leistungserbringer dokumentiert, die Dokumentation verbleibt beim Leistungserbringer. Die Dokumentation des

Versorgungsprozesses enthält den Profilerhebungsbogen gemäß **Anlage 9** oder einem inhaltlich entsprechenden Formular, die Maßdokumentation gemäß **Anlage 10** oder einem inhaltlich entsprechenden Formular sowie ein Beratungsprotokoll mit mindestens Angaben zur Beratung bei der Auswahl der Prothesenbauteile, zum Versorgungsprozess, zu den verwendeten Bauteilen, zum zeitlichen Aufwand und zum Gangbild. Die Dokumentation ist vom Versicherten zu zeichnen und ist den Krankenkassen auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

1.11. spectrumK und der vertragschließende Verband sind sich einig, dass im Einzelfall eine Foto- und Videodokumentation des Versorgungsprozesses sinnvoll ist. Das Kompetenzteam legt die Mindestanforderungen für die Foto- und Videodokumentation fest.¹⁵ Es gelten die in Anlage 11 beschriebenen Mindestanforderungen an die Foto- und Videodokumentation¹⁶.

1.12. Die Auswahl der notwendigen Versorgung und der Bauteile liegt grundsätzlich – unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit sowie des voraussichtlich zu erreichenden Mobilitätsgrades – in der Verantwortung des Leistungserbringers. Die Krankenkassen behalten sich die Prüfung der vom Leistungserbringer festgelegten Mobilitätsklassen vor. Der Leistungserbringer berücksichtigt bei der Wahl der Versorgung außerdem das wohnliche Umfeld des Versicherten und dokumentiert dieses.

1.13. Der Leistungserbringer gewährt für die Interimsprothese eine Passformgarantie von sechs Monaten. Bei Veränderungen, die über 5 % Umfangsveränderungen aufweisen, besteht keine Passformgarantie¹⁷. Die Passformgarantie beginnt mit dem Datum der Unterschrift des Versicherten auf der Empfangsbestätigung. Für die Interimsprothese gilt in der Regel ein Versorgungszeitraum von bis zu sechs Monaten. Ist aufgrund medizinischer Indikation für die Interimsprothese ein längerer Zeitraum als sechs Monate notwendig, so bedarf dies einer ärztlichen Bescheinigung. Der Versorgungszeitraum der Interimsprothese verlängert sich entsprechend der ärztlichen Verordnung.

1.14. Für Definitivversorgungen sowie für Schafterneuerungen gewährt der Leistungserbringer eine Passformgarantie von sechs Monaten. Die Passformgarantie beginnt mit dem Datum der Unterschrift des Versicherten auf der Empfangsbestätigung. Diese Garantie ist bis zu einer Umfangsveränderung von bis zu 5% zu gewährleisten und beginnt mit dem Datum der Unterschrift des Versicherten auf der Empfangsbestätigung.

1.15. Die Versorgungen mit Prothesen gemäß diesem Vertrag beinhalten während der gesamten Dauer der Passformgarantie sowohl bei Interims- als auch bei Definitivprothesen Applikationshilfen wie Stumpfstrümpfe und Anziehsysteme.

1.16. Die Prothesenmodule, Schaffformen und Stumpfbettungen sind individuell zu ermitteln und nach MPG-Richtlinien, Herstellerangaben, aktuellen medizinischen und derzeitigen orthopädie-technischen Gegebenheiten und dem Stand der Technik zu wählen. Die Prothesenversorgungen haben den zur Bauzeit geltenden Richtlinien und Versorgungskriterien der Orthopädietechnik zu entsprechen.

1.17. Während der Interimsversorgung sollte grundsätzlich auf eine Kosmetik verzichtet werden, da diese aufgrund diverser Änderungen (z.B. Stellarbeiten, Nachbesserungen etc.) oft unzumutbar ist. Der Leistungserbringer hat den Versicherten entsprechend aufzuklären. Wünscht der Versicherte dennoch eine Kosmetik kann die Versorgung in Ansatz gebracht werden.

1.18. Zur Klärung, ob die Versorgung mit einem mikroprozessgesteuerten Kniegelenksystem für den Versicherten geeignet ist, wird in der Regel zunächst eine Probeversorgung durchgeführt. Für diese Versorgung kann gemäß Anlage 3c Punkt 4 dieses

¹⁵ Die Frist für die Festsetzung wurde gemäß 2. Protokollnotiz ausgesetzt, wirksam zum 19.02.2014

¹⁶ Ergänzung gemäß 3. Protokollnotiz, wirksam zum 01.07.2015

¹⁷ Gemäß 3. Protokollnotiz wurde der Passus „aufgrund von Nachamputation oder krankheitsbedingter Stumpfveränderungen“ gestrichen, wirksam zum 01.07.2015

Vertrages die entsprechende Position für die Probeversorgung in Ansatz gebracht werden¹⁸
Die Pauschale enthält alle Arbeiten für die Beratung, Service, Fertigung und Anpassung des Kniegelenksystems.

1.19. Während der Gewährleistungspflicht bzw. Garantie von mikroprozessorgesteuerten Prothesen bzw. Prothesenteilen wird dem Versicherten ein Ersatzhilfsmittel kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Fremdmietkosten des Herstellers können den Krankenkassen ohne Aufschlag in Rechnung gestellt werden.

1.20. Die Wartung von Funktionsteilen mit mikroprozessorgesteuerten Funktionen¹⁹ erfolgt nach Herstellervorgaben. Die vom Leistungserbringer anzusetzende Wartungspauschale enthält alle Arbeiten für den Service, Ausbau, Einbau und Einstellung des Ersatzkniegelenkes, Einsenden, Rücksendung, Einbau und Einstellung des Ursprungkniegelenkes inklusive aller Montagen.

1.21. Die Zustimmung des Versicherten vorausgesetzt, erfolgt die Nachbetreuung beim Leistungserbringer mindestens alle sechs Monate. Der Versicherte wird von der Krankenkasse darauf hingewiesen, dass die Nachbetreuung zu seinen Mitwirkungspflichten gehört.

1.22. In den Vertragspreisen für die Interims- und Definitivversorgungen sowie für Probeversorgungen sind die im Rahmen der orthopädischen Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Dienst- und Serviceleistungen für den Zeitraum der Passformgarantie, d.h. Beratung, Montage, Anpassung, Erprobung, technische Einweisung und Prothesengebrauchsschulung und Wartung, enthalten.

1.23. Notwendige Zubehör- und Ersatzteile, die zur Funktionserhaltung erforderlich sind, sind vom Leistungserbringer vorzuhalten.

2. Genehmigung

Die in der Anlage 3c gelisteten Hilfsmittel sind genehmigungspflichtig, es sei denn es wird durch die Krankenkasse ausdrücklich auf die Genehmigung verzichtet.

Reparaturen außerhalb der Garantien sind unter Berücksichtigung des § 6 Abs. 8 bis 150 Euro zzgl. MwSt. genehmigungsfrei.

Zur Genehmigung ist vom Leistungserbringer ein Kostenvoranschlag mit mindestens folgendem Inhalt bei der Krankenkasse einzureichen:

- Ärztliche Verordnung oder ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung in Kopie
- IK, Name und Anschrift des Leistungserbringer
- Versichertendaten
- Hilfsmittelpositionsnummer bzw. vertragsspezifische Hilfsmittelnummer
- Hersteller und Artikelnummer der Passteile
- Dokumentation gemäß Punkt 1.10 und 1.11 der Anlage 3c
- Vergütung zzgl. des jeweils gültigen Mehrwertsteuersatzes

Die Krankenkasse behält sich vor, vor Erteilung der Genehmigung den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einzuschalten.

Bei Genehmigungsverzicht ist eine unmittelbare Versorgungsanzeige an die zuständige Krankenkasse erforderlich, um versicherungsrechtliche Tatbestände umgehend prüfen zu können.

¹⁸ Probeversorgung wurde gemäß 3. Protokollnotiz geändert, wirksam zum 01.07.2015

¹⁹ Streichung des Zusatzes „(z.B. C-Leg)“ gemäß 3. Protokollnotiz, wirksam zum 01.07.2015

3. Mehrwertsteuer

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

4. Vertragspreise PG 24 – Fuß-/Beinprothesen²⁰

4.1. Alle Preise verstehen sich als Netto-Preise zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer. Für Struktur- und Passteile gilt der Einkaufspreis (EK) plus einen Aufschlag von 20 %, anderweitige Vereinbarungen sind dem Preisblatt zu entnehmen.

4.2. Bei der Versorgung mit Interimsprothesen werden die wiederverwendbaren Struktur- und Passteile mit 35 % Leihgebühr in Ansatz gebracht. Werden diese Bauteile in der endgültigen Versorgung weiter verwendet, sind die verbleibenden 65 % in Ansatz zu bringen.

4.3. Probeversorgungen

Bei Probeversorgungen zum Testen von mikroprozessorgesteuerten Prothesen können die Pauschalen gemäß 24.04.45.0999 bzw. 24.04.45.1997 angesetzt werden. Bei der endgültigen Versorgung mit der mikroprozessorgesteuerten Prothese werden die Miet- und Arbeitskosten entsprechend der Leistungsbeschreibung zu den jeweiligen Positionen im Preisblatt zur Anlage 3c mit der endgültigen Vergütung verrechnet.²¹

4.4. Wartung

Für die Wartung nach Herstellervorgaben gemäß Ziffer 1.20 kann der Leistungserbringer die Wartungspauschale ansetzen. Ggf. anfallende Fremdmietkosten des Herstellers werden während der Gewährleistungspflicht bzw. Garantie mit EK ohne Aufschlag in Ansatz gebracht.

4.5. Das Preisblatt für die PG 24 - Beinprothesen befindet sich in der dem Vertrag beigefügten Tabelle

2015-07-01 Preisblatt_OT-Vertrag_Anlage_3c_Beinprothesen.pdf²²

Die Vertragspreise werden für die Produktart festgelegt. Ausnahmen sind in der Preisliste geregelt. Der vertragschließende Verband stellt spectrumK die dem Vertragspreis zugrunde liegende Kalkulation inklusive einer Liste der Herstellerpreise für die 10-Steller zur Verfügung.

Sofern keine Vertragspreise vereinbart wurden, erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag, der von der Krankenkasse zu genehmigen ist. Die Vergütung setzt sich wie folgt zusammen: $EK+20\%+AZ*54,50$ €. AZ steht für Arbeitszeit und wird in Stunden angegeben.²³

²⁰ In Unterpunkten strukturierte Darstellung gemäß 3. Protokollnotiz, wirksam zum 01.07.2015

²¹ Probeversorgung wurde gemäß 3. Protokollnotiz geändert, wirksam zum 01.07.2015

²² Preisblatt wurde gemäß 3. Protokollnotiz geändert, wirksam zum 01.07.2015

²³ Ergänzung gemäß 1. Protokollnotiz, wirksam ab 01.08.2013

Anlage 3d Produktgruppe 24 - Brustprothesen

1. Leistungsbeschreibung

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

- die Abgabe der unter Punkt 5 in der Anlage 3d gelisteten Hilfsmittel nach vertragsärztlicher Verordnung bzw. ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung. Dies beinhaltet für die Prothesenfixierung die Abgabe im notwendigen Umfang gemäß Hilfsmittelverzeichnis bezogen auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten.
- die individuelle Messung durch den Leistungserbringer zu Beginn jeder Versorgung und Folgeversorgung der Versicherten. Dies gilt sowohl für konfektionierte und teilkonfektionierte als auch individuell herzustellende Hilfsmittel
- die Beratung des Versicherten bei der Produktauswahl
- Dokumentation des Versorgungsprozesses bei Maßanfertigungen: Maßblatt, Zustandserhebung, Versorgungsdokumentation nach MPG. Alle Unterlagen sind spectrumK und den Krankenkassen auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.
- 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

2. Genehmigung

Brustprothesen zur Erstversorgung gemäß Hilfsmittelverzeichnis (24.35.01.) sind zum Vertragspreis genehmigungsfrei.

Die Versorgung mit Silikonbrustprothesen ist in der Erstversorgung zum Vertragspreis genehmigungsfrei. Ausgenommen sind individuell gefertigte Brustprothesen.

Die Prothesenfixierung ist ebenso genehmigungsfrei und kann bis zu zweimal im Jahr abgerechnet werden.

Der Prothesenbadeanzug ist genehmigungspflichtig. Er kann nur alle drei Jahre mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

Bei Genehmigungsverzicht ist der Leistungserbringer verpflichtet, eine Versorgungsanzeige an die Krankenkasse zu übermitteln.

Folgeversorgungen, die nach der im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten allgemeinen Nutzungsdauer von zwei Jahren mit der Krankenkasse abgerechnet werden können, sind genehmigungspflichtig.

3. Qualität der Versorgung

Die fachliche Präsenz entsprechend den Vorgaben des Präqualifizierungsverfahrens ist in allen Versorgungsschritten (Auswahl, Anprobe, Abgabe sowie bei Reparaturen) zu gewährleisten.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Fachkräfte eine berufspraktische Erfahrung in der Brustprothesenversorgung von mindestens zwei Jahren nachweisen können. Die Nachweise sind auf Nachfrage spectrumK zur Verfügung zu stellen.

Der Leistungserbringer gewährleistet, dass seine Mitarbeiter im Umgang mit den in Betracht kommenden Erkrankungen und ihren psychischen Auswirkungen psychologisch geschult und regelmäßig fortgebildet sind.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter regelmäßig an Informationsveranstaltungen z. B. von Brustzentren, Krankenkassen oder Selbsthilfeorganisationen teilnehmen.

Für eine ergonomisch-medizinisch, funktionell und kosmetisch ausreichende Versorgung verfügt der Leistungserbringer über ein weitreichendes Produktsortiment an Erstversorgungsprothesen, Brust-Vollprothesen und Teilprothesen, an Trägersystemen / Dessous und an Bademoden, so dass eine fachgerechte Beratung und sofortige Versorgung sichergestellt werden kann. Diese Auswahl umfasst mindestens Leichtprothesen, Vollsilikonprothesen, asymmetrische Prothesen, Schwitzen reduzierende / Temperatur ausgleichende Prothesen, formbare Prothesen, Ausgleichsprothesen, drei verschiedene BHs in den gängigen Größen, Badeanzüge in gängigen Konfektionsgrößen.

Die Versorgung hat auf Wunsch der Versicherten geschlechterspezifisch zu erfolgen.

Die Beratung der Versicherten berücksichtigt folgende Aspekte:

- Der Leistungserbringer beachtet die Diskretion und die psychologische Situation und führt die Beratung im räumlich und akustisch abgegrenzten Bereich durch.
- Der Leistungserbringer erläutert der Versicherten die Hilfsmittel in Bezug auf ihre
 - Wirkungsweise,
 - unterschiedlichen Eigenschaften im Wärme- und Feuchtigkeitsverhalten der unterschiedlichen Materialien
 - möglichen allergenen Eigenschaften oder sonstigen möglichen Nebenwirkungen

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation/Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen der Versicherten, das therapeutische Ziel und die Listung im Hilfsmittelverzeichnis.

Der Versicherten sind Produkte und deren Wirkungsweise von mindestens zwei Herstellern vorzustellen, mit denen die Versorgung für die Versicherte aufzahlungsfrei erfolgt.

Der Leistungserbringer weist die Versicherte bei Abgabe des Hilfsmittels darauf hin, sich bei einem Vertragsarzt vorzustellen, insbesondere bei der Abgabe von individuell angefertigten und zugerichteten Hilfsmitteln.

Maßanfertigungen sind – die Mitwirkung der Versicherten vorausgesetzt - in den ersten sechs Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels vom Leistungserbringer zwei Mal auf Passgenauigkeit und Sitz zu überprüfen. Konfektionierte Hilfsmittel sind in Abhängigkeit vom Produkt, der Notwendigkeit und der Mitwirkung des Versicherten eine Woche nach Abgabe auf Passgenauigkeit, Sitz und Wirkung zu kontrollieren.

4. Mehrwertsteuer

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

5. Vertragspreise – Brustprothesen

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

Das Preisblatt für die PG 24 Brustprothesen befindet sich in der dem Vertrag beigefügten Tabelle

2012-09-10_Preisblatt_OT-Vertrag_Anlage_3d_Brustprothesen.pdf

Die Vertragspreise werden für die Produktart festgelegt. Um den Kalkulationsprozess transparent für die Krankenkasse und spectrumK zu gestalten, hinterlegt der Verband mit dem Angebot die Herstellerpreise für die 10-Steller sowie die Preiskalkulation für die Produktart.

Bei Gruppenpreisen ist der Leistungserbringer verpflichtet, mindestens zwei 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.

Sofern keine Vertragspreise vereinbart wurden, erstellt der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag, der von der Krankenkasse zu genehmigen ist. Die Vergütung setzt sich wie folgt zusammen: $EK+20\%+AZ*54,50$ €. AZ steht für Arbeitszeit und wird in Stunden angegeben.²⁴

²⁴ Ergänzung gemäß 1. Protokollnotiz, wirksam ab 01.08.2013

Anlage 4a 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 4b 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 4c 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 Bandagen/ Orthesen/Prothesen *

Seite 1 von 3

Die **Anlage 5a** gilt für Leistungserbringer, die noch über eine Präqualifizierung auf Grundlage der Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der Fassung vom 16.04.2013 oder 18.10.2010 verfügen (**Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V**)²⁵

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 ausschließlich 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.

²⁵ Ergänzung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

Beitrittserklärung Seite 2 von 3Wahl des Versorgungsbereiches

Für die oben genannte Betriebsstätte _____ (Name)

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

- 05A:** Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
- 05B:** Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
- 05C:** Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
- 05D:** Bandagen, industriell und individuell gefertigt
- 05E:** Maßgefertigte Leibbinden
- 23A:** Orthesen, industriell hergestellt, ohne Anpassung
- 23B:** Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie), Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
- 23C:** Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie), Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
- 23D:** Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen oberhalb des Knies)
- 23E:** Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)
- 23F:** Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie) und Kopfschutzhelme/-bandagen, handwerklich hergestellt
- 23G:** Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)
- 24A:** Prothesen, Beinprothesen, (Fuß- und Zehenersatz)
- 24B:** Prothesen, Beinprothesen
- 24C:** Prothesen, Brustprothesen mit Halterungen

Beitrittserklärung Seite 3 von 3Wahl des Versorgungsgebietes

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

Bitte geben Sie einen oder mehrere 2-Steller PLZ-Bereiche gemäß Anlage 5a ein. Sollten Sie nicht den gesamten 2-Steller PLZ-Bereich versorgen können, geben Sie bitte die entsprechenden 5-Steller PLZ-Bereiche ein.

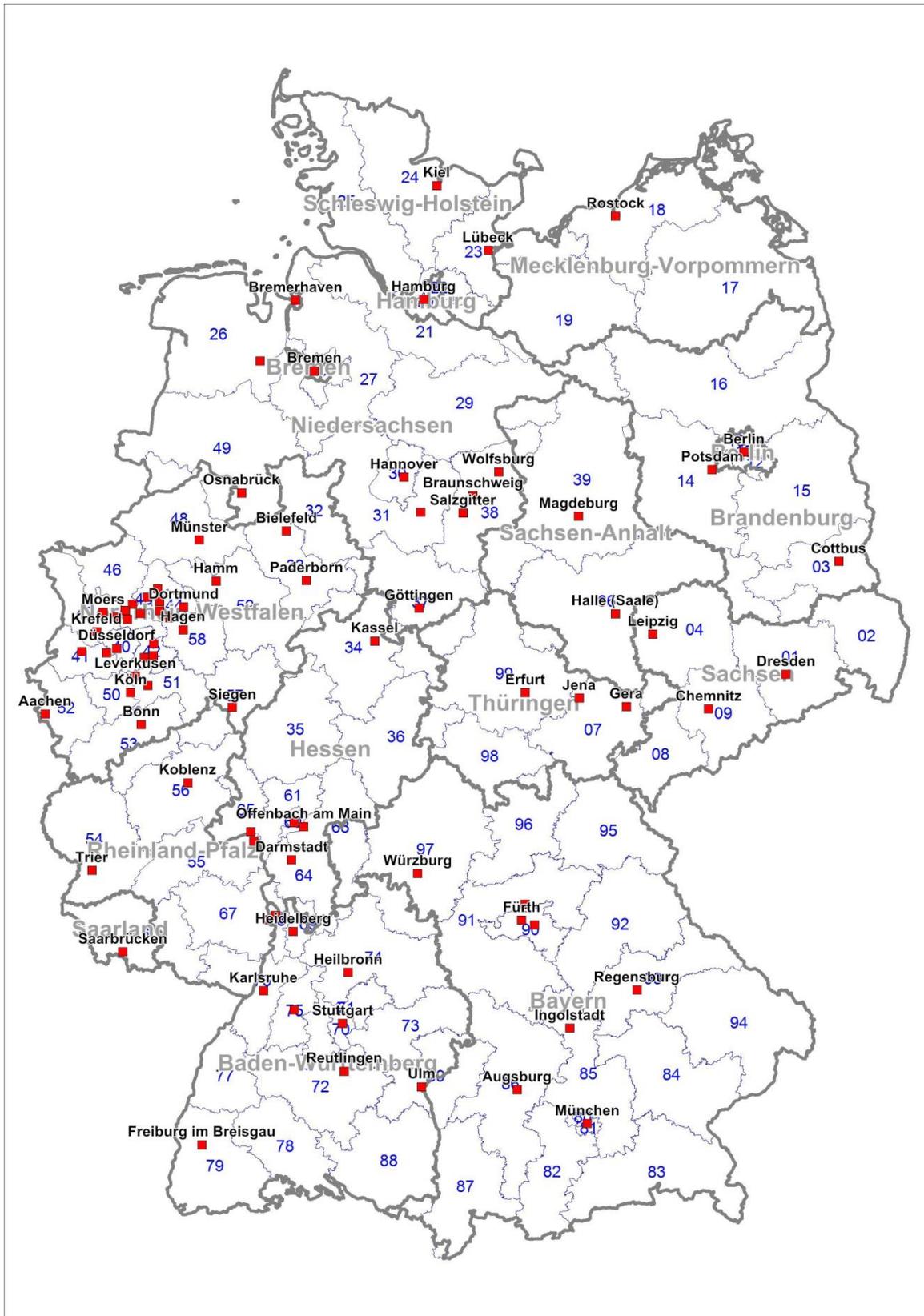
2-Steller PLZ-Bereich	Differenzierung des Postleitzahlenbereiches

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 Bandagen/ Orthesen/Prothesen

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 OT-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 5c²⁶ Beitrittserklärung Leistungserbringer zum Rahmenvertrag über die Versorgung mit Bandagen/ Orthesen/Prothesen *

Seite 1 von 3

Die **Anlage 5c** gilt für alle Leistungserbringer, die über eine Präqualifizierung auf Grundlage der Empfehlung gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der Fassung vom 14.10.2013 (**2. Fortschreibung der Empfehlungen**) verfügen.

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.

²⁶ Ergänzung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

Beitrittserklärung Seite 2 von 3Wahl des Versorgungsbereiches

Für die oben genannte Betriebsstätte _____ (Name)

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

- 05A:** Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
- 05B3:** Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
- 05C:** Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
- 05D:** Unbesetzt
- 05E:** Maßgefertigte Leibbinden
- 23A3:** Orthesen, industriell hergestellt, ohne Anpassung
- 23B3:** Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie), Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
- 23C3:** Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen bis einschließlich Knie), Lagerungsschalen für Fuß/Unterschenkel
- 23D3:** Orthesen, industriell hergestellt, mit handwerklich relevanter Anpassung (Versorgungen oberhalb des Knies)
- 23E:** Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen unterhalb des Knies)
- 23F:** Unbesetzt
- 23G3:** Orthesen, handwerklich hergestellt (Versorgungen oberhalb des Knies einschließlich Knie)
- 24A:** Prothesen, Beinprothesen, (Fuß- und Zehenersatz)
- 24B:** Prothesen, Beinprothesen
- 24C:** Prothesen, Brustprothesen mit Halterungen

Beitrittserklärung Seite 3 von 3Wahl des Versorgungsgebietes

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

Bitte geben Sie einen oder mehrere 2-Steller PLZ-Bereiche gemäß Anlage 5a ein. Sollten Sie nicht den gesamten 2-Steller PLZ-Bereich versorgen können, geben Sie bitte die entsprechenden 5-Steller PLZ-Bereiche ein.

2-Steller PLZ-Bereich	Differenzierung des Postleitzahlenbereiches

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Anlage 6 Am OT-Vertrag teilnehmende Krankenkassen

IK	Krankenkasse	Beitritt zum
104127692	actimonda krankenkasse	01.11.2012
103501080	BIG direkt gesund	01.02.2013
102122660	BKK 24	01.12.2012
108591499	BKK ProVita	01.11.2012
103724272	BKK Gildemeister Seidensticker	01.01.2015
101931440	BKK Publik	01.11.2012
101922757	BKK Salzgitter	01.11.2012
102137985	BKK TUI	01.11.2012
103526615	BKK VDN	01.10.2013
108036123	Bosch BKK	01.11.2012
100820488	Brandenburgische BKK	01.11.2012
109939003	Deutsche BKK	01.01.2013
108035612	mhplus BKK	01.12.2012
106492393	pronova BKK	01.12.2012
101570638	HEK-Hanseatische Krankenkasse	01.05.2015
102131240	BKK RWE	01.08.2015

Stand 01.08.2015

Anlage 7 Datenumfang und Prozessbeschreibung für die Lieferung der Frequenzstatistik

Die Anlage 7 bleibt bis auf Weiteres unbesetzt.²⁷

²⁷ Änderung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

Anlage 7a Datensatzbeschreibung für die halbjährlich zu erbringende Frequenzstatistik

Die Anlage 7a bleibt bis auf Weiteres unbesetzt.²⁸

²⁸ Änderung gemäß 2. Protokollnotiz, wirksam zum 19.02.2014

Anlage 8 Eigenerklärung des beitretenden Leistungserbringers *

Vertrag nach §127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der
PG 05, PG 23 und PG 24
„OT-Vertrag“

Eigenerklärung zur Zuverlässigkeit
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich/wir erkläre/n,

- dass über das Vermögen meines/unseres Unternehmens kein Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder der Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist,
- sich mein/unser Unternehmen nicht in Liquidation befindet,
- dass mein/unser Unternehmen bzw. die verantwortlich für dieses handelnden Personen keine nachweislich schwere Verfehlung begangen haben, die die Zuverlässigkeit meines/unseres Unternehmens als Bewerber in Frage stellt,
- dass mein/unser Unternehmen seine Verpflichtung zur Zahlung der Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung ordnungsgemäß erfüllt hat,
- dass mein/unser Unternehmen nicht vorsätzlich unzutreffende Erklärungen in Bezug auf seine Fachkunde, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit abgegeben hat.

Soweit eine Einzelerklärung nicht bestätigt werden konnte, habe/n ich/wir den Grund hierfür auf einem gesonderten Blatt Papier angegeben. Außerdem habe/n ich/wir erläutert, warum mein/unser Unternehmen trotzdem nicht vom Beitritt zum OT-Vertrag auszuschließen ist. Uns ist bekannt, dass die Nichtabgabe der vorstehenden Erklärungen zum Ausschluss vom Verfahren führt.

* Die Anlage muss nur ausgefüllt werden, wenn keine Präqualifizierungsbestätigung vorliegt.

Ort, Datum

Anlage 9 Erhebungsbogen für Beinprothesen

Seite 1 von 4

Allgemeine Angaben			
Name:			
Vorname:			
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Größe:	Gewicht:
Geburtsdatum:			
Versichertennummer			
Adresse:			
Tel.:			
Weitere Ansprechpersonen			

Angaben zur Amputation		
Handelt es sich um einen KOV oder BG Fall?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allgemeine Angaben		
Amputationsgrund:		
Datum der Amputation:		
Amputationsseite		
<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig
Nachamputation		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Datum:
Amputationshöhe		
<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/> Hemipelvektomie	
<input type="checkbox"/> Hüftexartikulation	<input type="checkbox"/> Knieexartikulation	
<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> Teilamputation	
<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/> sonstiges	
Abkürzungsverzeichnis		
KOV	Kriegsopferversorgung	
BG	Berufsgenossenschaft	

Erhebungsbogen für Beinprothesen

Seite 2 von 4

Spezielle Angaben zum prothetisch zu versorgenden und zum kontralateralen Bein			
Angaben zum Stumpf			
Stumpfform:	<input type="checkbox"/> zylindrisch	<input type="checkbox"/> kegelförmig	<input type="checkbox"/> birnenförmig
Wurden stumpfformende Maßnahmen (Wickel) durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ist die Wundheilung abgeschlossen?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Weichteildeckung des Stumpfes			
<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> nicht ausreichend	<input type="checkbox"/> übermäßig	
Belastungsfähigkeit des Stumpfes			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> voll	
Hat der Versicherte zusätzliche Hautläsionen, Druck oder Scheuerstellen?			
welche:			
Schmerzen			
Stumpfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Phantomschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
sonstige Angaben			
Muskelkraft	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> aufgehoben
Volumenschwankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Angaben zu Gelenkfunktionen			
Kontrakturen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Fähigkeiten, Funktionen, Funktionseinschränkungen	
Statische Veränderungen des Beckens, die nicht ausgeglichen werden sollten, z. B. Beckenschiefstand	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nähere Angaben zur Mobilität	
Sonstige Hinweise zur Versorgungsfähigkeit, Alternativen, Vorversorgung usw.	
Besonderheiten	

Erhebungsbogen für Beinprothesen

Seite 3 von 4

Mobilitätserwartungen und Mobilitätsmerkmale des Patienten				
Familiäre Situation				
<input type="checkbox"/> alleinlebend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Haushaltsführung allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Hilfe durch Angehörige möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Sind Pflegebedürftige zu versorgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wohnsituation				
<input type="checkbox"/> Parterre	<input type="checkbox"/> Etage, welche:	<input type="checkbox"/> Anzahl Stufen:		
<input type="checkbox"/> Aufzug vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Wohnumfeld	<input type="checkbox"/> flach	<input type="checkbox"/> bergig		
Lebt der Versicherte in einer der folgenden Einrichtungen?				
<input type="checkbox"/> Altenheim	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Wohnheim		
Mobilitätsmerkmale des Versicherten				
Übt der Versicherte Hobbys mit körperlicher Beanspruchung aus?				
<input type="checkbox"/> ja, welche:			<input type="checkbox"/> nein	
Mobilitätsmerkmale				
gehend und körperlich arbeitend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
gehend und nur leicht körperlich arbeitend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
arbeitend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
vorwiegend stehend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
vorwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ermittelter Mobilitätsgrad (Erläuterung auf den nächsten Seiten)				
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Leistungserbringer

Erhebungsbogen für Beinprothesen

Seite 4 von 4

Erläuterungen zur Ermittlung der Mobilitätsgrade und des Therapiezieles bei Beinamputationen.

Im Folgenden wird das Therapieziel beschrieben unter Berücksichtigung der momentanen und realistisch zu erwartenden Fähigkeit des Patienten.

0 = Nichtgehfähiger

Der Versicherte besitzt aufgrund des schlechten physischen und psychischen Zustandes zur Zeit selbst mit fremder Hilfe nicht die Fähigkeit, sich mit einer Prothese fortzubewegen oder sie zum Transfer zu benutzen. Eine kosmetische, nicht mobilisierende Prothesenversorgung zur Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes kann angezeigt sein.

Therapieziel ist die Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes und Mobilisierung mit dem Rollstuhl.

1 = Innenbereichsgeher

Der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potential, eine Prothese für Transferzwecke oder zur Fortbewegung auf ebenen Böden mit geringer Geschwindigkeit zu nutzen. Gehdauer und Gehstrecke sind aufgrund seines Zustandes limitiert.

Therapieziel ist die Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich limitierten Gehfähigkeit.

2 = eingeschränkter Außenbereichsgeher

Der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potential, sich mit einer Prothese mit geringer Geschwindigkeit fortzubewegen und dabei niedrige Umwelthindernisse, wie Bordsteine, einzelne Stufen oder unebene Böden, zu überwinden. Gehdauer und Gehstrecke sind aufgrund seines Zustandes limitiert.

Therapieziel ist die Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der auf den Innenbereich und auf den Außenbereich limitierten Gehfähigkeit.

3 = uneingeschränkter Außenbereichsgeher

Der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potential, sich mit einer Prothese mit mittlerer bis hoher, auch veränderlicher Geschwindigkeit fortzubewegen und dabei die meisten Umwelthindernisse zu überwinden. Er besitzt außerdem die Fähigkeit, sich im freien Gelände zu bewegen und kann berufliche, therapeutische und andere Aktivitäten ausüben, die die Prothese nicht überdurchschnittlicher mechanischer Beanspruchung aussetzt. Gegebenenfalls besteht ein erhöhter Sicherheitsbedarf aufgrund Sekundärbedingungen (zusätzliche Behinderung, besondere Lebensbedingungen) in Verbindung mit einem mittleren bis hohen Mobilitätsanspruch. Gehdauer und Gehstrecke sind im Vergleich zum Unbehinderten nur unwesentlich limitiert.

Therapieziel ist die Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der im Innenbereich und Außenbereich nur unwesentlich limitierten Gehfähigkeit.

4 = uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohen Ansprüchen

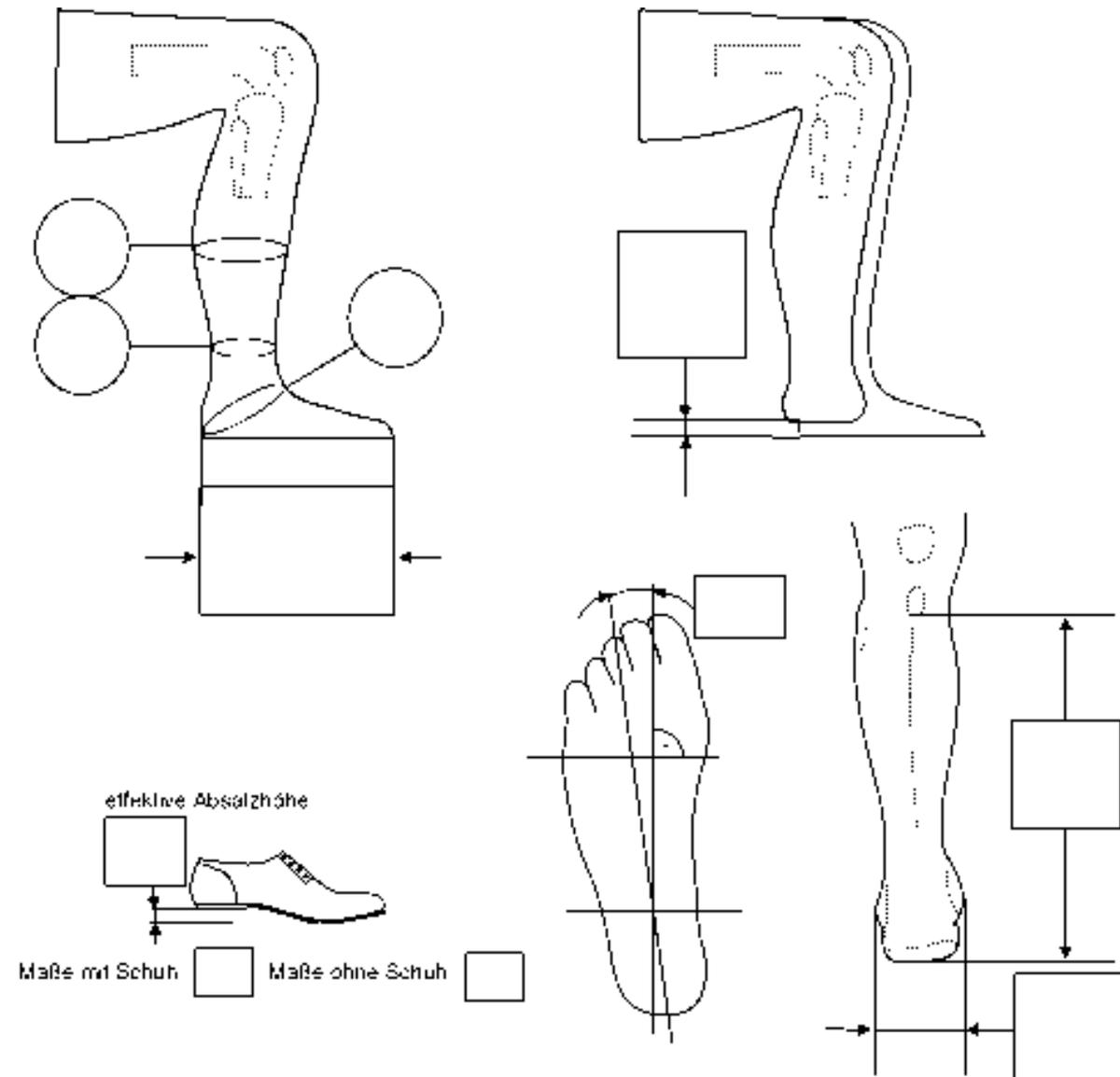
Der Versicherte besitzt die Fähigkeit oder das Potential, sich mit einer Prothese wie der uneingeschränkte Außenbereichsgeher fortzubewegen. Zusätzlich können aufgrund der hohen funktionellen Anforderungen hohe Stoßbelastungen, Spannungen und Verformungen auftreten. Gehdauer und Gehstrecken sind nicht limitiert.

Therapieziel ist die Wiederherstellung der Stehfähigkeit und der im Innenbereich und Außenbereich unlimitierten Geh- und Mobilitätsfähigkeit.

Anlage 10 Maßblätter Prothesen

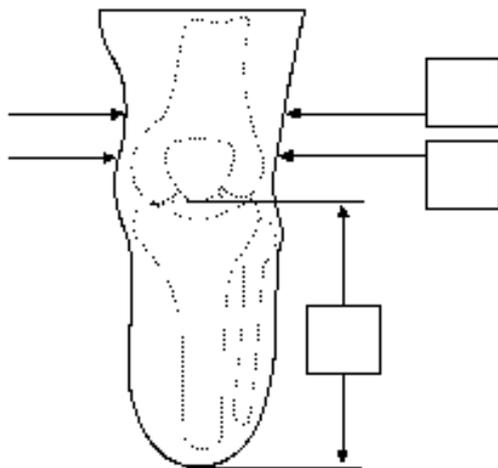
Maßblatt für Fußprothesen

Versicherter: Name:	Vorname:
Amputation: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Maßabformtechnik am: _____ durch: _____

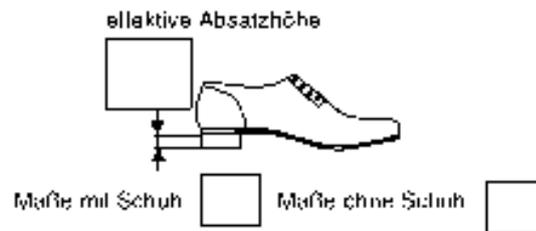
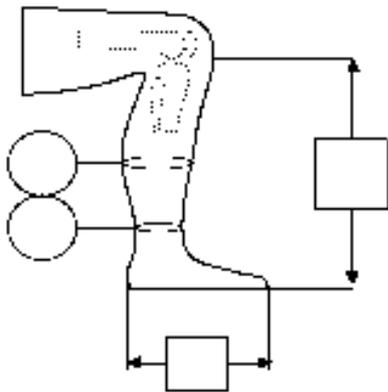
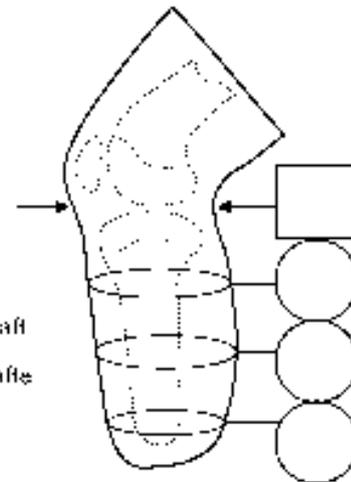


Maßblatt für Unterschenkelprothesen

Versicherter: Name:	Vorname:
Amputation: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Maßabformtechnik am: _____ durch: _____

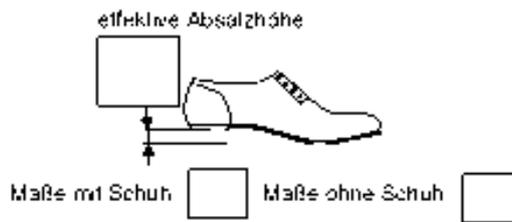
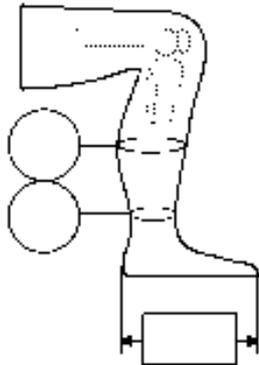
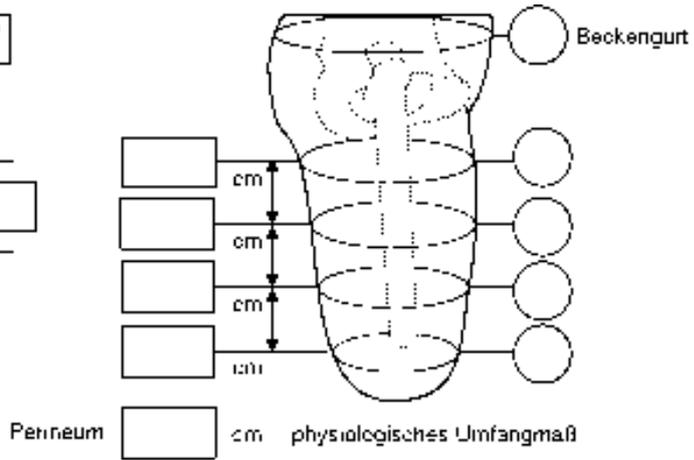
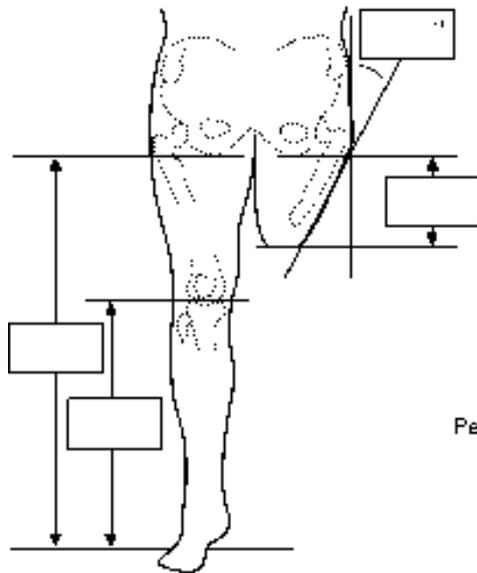


Umfangmaße
lockeres Oberflächenmaß
Abstand der Umfangmaße
 cm



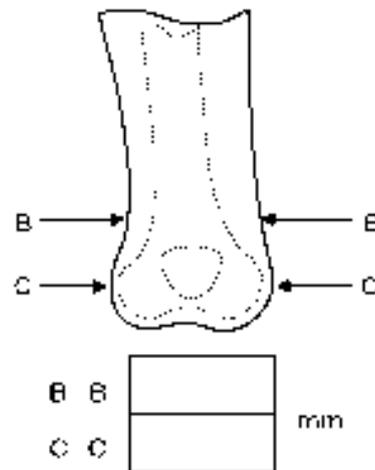
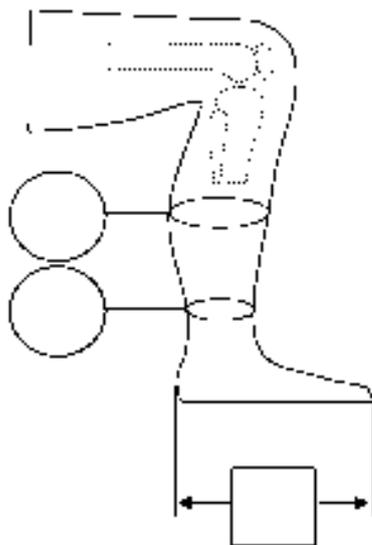
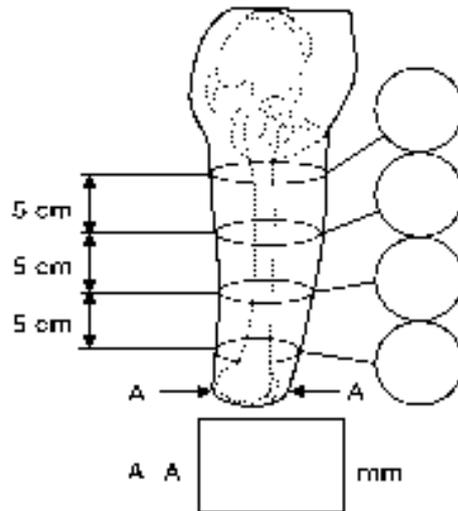
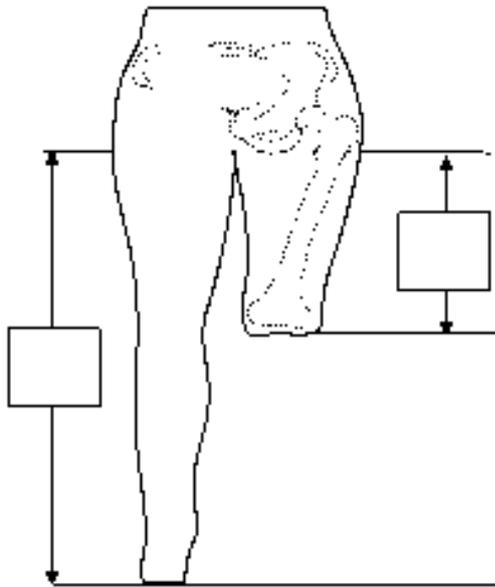
Maßblatt für Oberschenkelprothesen

Versicherter: Name:	Vorname:
Amputation: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Maßabformtechnik am: _____ durch: _____



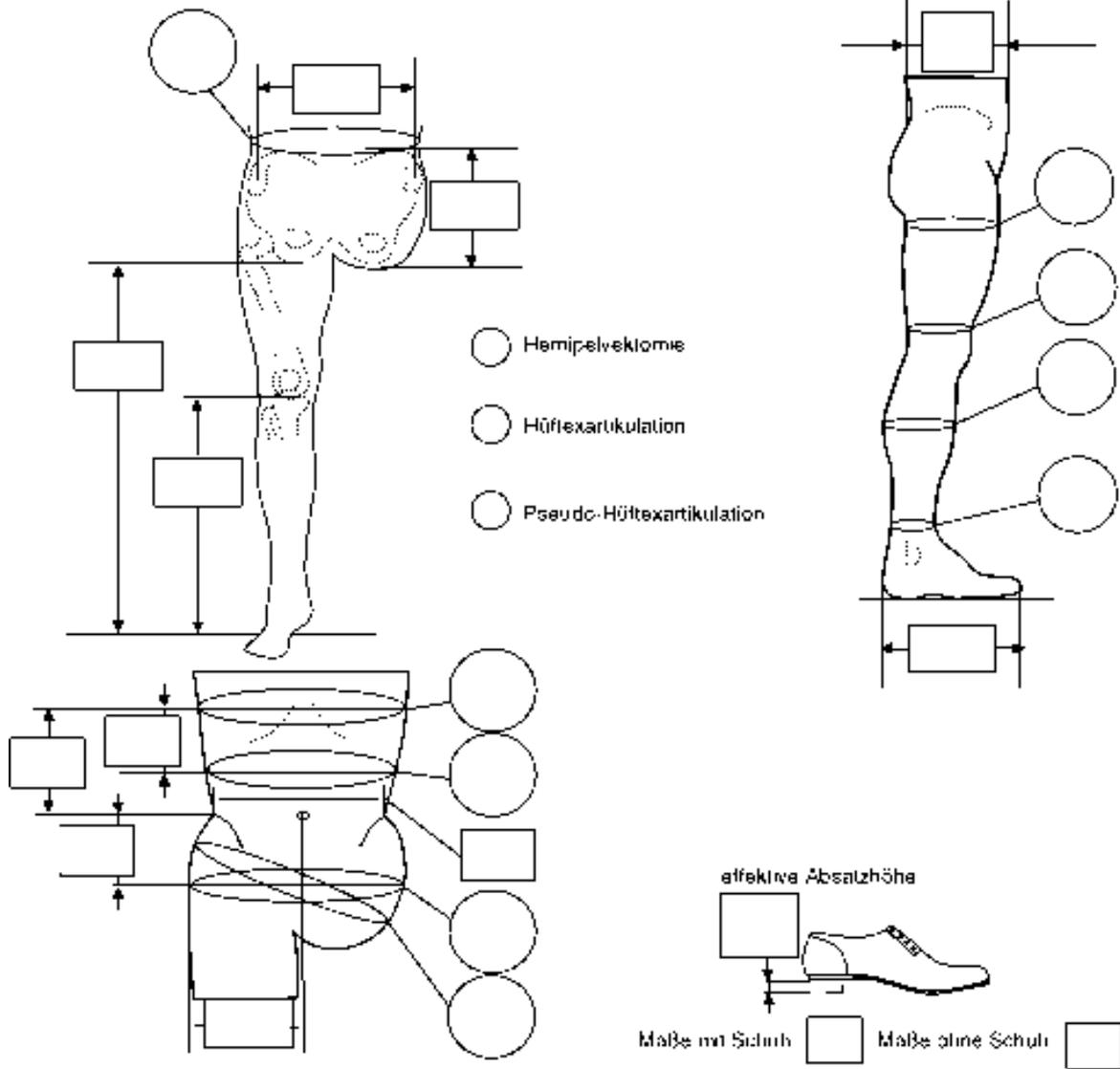
Maßblatt für Knieexartikulationsprothesen

Versicherter: Name:	Vorname:
Amputation: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Maßabformtechnik am: _____ durch: _____



Maßblatt für Hüftexartikulationsprothesen und bei Hemipelvektomie

Versicherter: Name:	Vorname:
Amputation: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Maßabformtechnik am: _____ durch: _____



Anlage 11 Mindestanforderungen an die Foto- und Videodokumentation ²⁹

Die Akzeptanz des Versicherten in Bezug auf seine Prothesenversorgung steht im unmittelbarem Zusammenhang mit der Austestung von verschiedenen Gelenken und die dadurch zu erwartende Mobilitätssteigerung. Ziel ist es, den Versicherten so zu versorgen und zu motivieren, dass am Ende des Versorgungsprozesses der mit der ausgewählten Prothese angestrebte Mobilisierungsgrad zufriedenstellend und optimiert erreicht wird.

Eine Dokumentation des Versorgungsprozesses wirkt hierbei unterstützend, da die Fortschritte für die Versicherten und die Leistungserbringer nachvollzogen werden können.

Darüber hinaus wird über die Dokumentation nachgewiesen, inwieweit das zu Beginn der Versorgung definierte Ziel erreicht wird. Insbesondere ist dies hilfreich im Rahmen von Probeversorgungen. Die Dokumentation dient der Krankenkasse als Entscheidungshilfe.

Für die Versorgung mit multisensoriellen Kniegelenken ist eine vergleichende Videodokumentation zu erstellen, aus der die gelenkrelevanten Bewegungsabläufe ersichtlich werden, die den Gebrauchsvorteil belegen. Die Videodokumentation erbringt darüber hinaus den Nachweis, dass der Versicherte in der Lage ist, die Gelenkfunktion auszuschöpfen.

Der Definitivversorgung mit einer multisensoriellen/ mikroprozessorgesteuerten Prothese geht in der Regel eine Erprobungsphase voran.

Im Verlauf der Erprobungsphase ist bei der Versorgung mit multisensoriell gesteuerten Prothesen eine Foto- und Videodokumentation zu erstellen.

Die Videodokumentation muss die Aufnahme des Versicherten mit seiner zurzeit tragenden Prothesenkonstruktion sowie Aufnahmen mit der neu gefertigten Prothese am Ende der Erprobungsphase beinhalten.

Die Videodokumentation umfasst mindestens folgende Parameter

- Unterschiedliche Gehgeschwindigkeiten auf ebenen Boden
- Gehen auf unterschiedlichen Untergründen
- Alternierendes Treppenauf- und absteigen
- Begehen von Schrägen auf- und abwärts mit Zwischenstand
- Übersteigen eines Hindernisses mit Schrittvorlage der Beinprothesenseite

Zur Unterstützung der Videoaufnahmen dienen ebenso die Dokumentationsbögen zur Befragung des Versicherten.

Voraussetzung einer jeden visuellen Dokumentation ist das Einverständnis des Versicherten, welches sich der Leistungserbringer einholen muss.

Der Leistungserbringer reicht die Foto- und Videodokumentation auf Anfrage der Krankenkasse auf dem Postweg ein.

²⁹ Anlage 11 wurde eingefügt gemäß 3. Protokollnotiz, wirksam zum 01.07.2015