

Leitfaden für den Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

Die KKH hat mit Wirkung zum 15.11.2017 einen bundesweit gültigen Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die wirtschaftliche Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln der PG 31 (Schuhe) geschlossen.

Die KKH wird unter Beachtung des Grundsatzes der Nichtdiskriminierung allen Marktteilnehmern Zugang zu dem o. g. Vertrag gewähren. Dies gilt auch für Leistungserbringer, die im Hinblick auf die einschlägigen Produkte bereits durch einen anderen Rahmenvertrag mit der KKH verbunden sind. **Erklären solche Marktteilnehmer den Vertragsbeitritt zum neuen Vertrag geht die KKH davon aus, dass das alte Vertragsverhältnis damit einvernehmlich aufgelöst wird. In diesem Fall übernimmt die KKH die entsprechenden Schritte und informiert den Leistungserbringer über den Stichtag des Vertragswechsels.**

Für Ihren Beitritt verwenden Sie bitte die beigefügte Beitrittserklärung. Senden Sie die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

oder per E-Mail an folgenden Empfänger:

bianca.leupold@kkh.de

Wenn der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt wird, achten Sie bitte darauf, dass eine unterschriebene Anlage beigefügt wird, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen unter Angabe der IK auflistet.

Sobald Ihre Beitrittserklärung vorliegt, wird geprüft, ob die Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt sind. Sofern im Rahmen der Prüfung noch Fragen hinsichtlich des Beitritts zu klären sind, werden wir Sie kontaktieren. Sobald nachweislich alle Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt sind, erhalten Sie ein Bestätigungsschreiben. **Nehmen Sie bitte zur Kenntnis, dass der Beitritt erst mit Zugang des Bestätigungsschreibens der KKH wirksam wird.**

Bitte beachten Sie, dass der im Rahmenvertrag benannte Anhang 1 ohne Preislisten online gestellt wurde. Sollten Sie von dem Vertrag der Barmer bzw. Techniker Krankenkasse keine Kenntnis besitzen, so fordern Sie bitte die Preislisten mit bzw. vor Ihrer Beitrittsbekundung ein.

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an Frau Leupold vom Zentralen Hilfsmittelmanagement (E-Mail: bianca.leupold@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3313) oder an Herrn Fricke (E-Mail: sven.fricke@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3347).

Absender:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Zentrales Hilfsmittelmanagement
30125 Hannover

Beitrittserklärung der Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

Hier: Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln der PG 31 (Schuhe)

Sehr geehrte Frau Leupold,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Hilfsmittel der PG 31 (Schuhe) nebst Präqualifizierungsnachweis.

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

zum

Vertrag über**die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln der PG 31 (Schuhe)****Leistungserbringergruppenschlüssel: 19 99 H61****Leistungserbringer/Verband**

Name und ggf. Rechtsform: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Ort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____
Ansprechpartner: _____
IK: _____

Erklärung:

1. Wir erklären hiermit den Beitritt zu dem o. g. Vertrag gem. § 127 Abs. 2a SGB V. Der Beitritt wird mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam. *[Wird der Beitritt für mehrere Unternehmen/Betriebsstätten erklärt, ist dieser Erklärung eine unterschriebene Anlage beizufügen, die alle Unternehmen/Filialen/Geschäftsstellen auflistet, für die der Vertragsbeitritt erklärt wird, inkl. IK.]*
2. Wir erklären, die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zu erfüllen. Das Präqualifizierungsverfahren wurde bei einer - nach § 126 Abs. 1 a SGB V anerkannten Präqualifizierungsstelle (PQS) - erfolgreich durchgeführt. Die Bestätigung der PQS über die erfolgreiche Durchführung der Präqualifizierung haben wir für alle Betriebsstätten, für die der Beitritt erklärt wird, erhalten und haben diese als Kopie beigefügt.

Wir verpflichten uns, der KKH sämtliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen, welche Auswirkungen auf unsere Eignung als Vertragspartner haben (vgl. § 126 Abs. 1 SGB V). Uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sobald die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr gegeben sind. Uns ist bekannt, dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

3. Wir erkennen die sich aus dem o. g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lassen diese gegen uns gelten. Wir sind damit einverstanden, dass Änderungen und Ergänzungen des o. g. Vertrages uns gegenüber nach schriftlicher Bekanntgabe automatisch wirksam werden, es sei denn, wir widersprechen der Geltung der Änderungen schriftlich innerhalb einer Frist von 14 Tagen.
4. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Vereinbarung

gemäß § 127 Abs. 2a SGB V

**über die Versorgung der Versicherten mit
Hilfsmitteln der PG 31 (Schuhe)**

Zwischen

(Leistungserbringer/Verband)

(Institutionskennzeichen-IK)

-nachfolgend Auftragnehmer genannt-

und

der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
vertreten durch den Vorstand Herrn Dr. Wolfgang Matz
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

-nachfolgend Auftraggeberin genannt-

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

19 99 H61

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die wirtschaftliche Versorgung von Versicherten der KKH mit Hilfsmitteln gem. der PG 31 auf Grundlage ärztlicher Verordnung und deren Abrechnung.

Bestandteile dieses Vertrages sind:

- *Dieser Rahmenvertrag zwischen dem Auftragnehmer und der Auftraggeberin.*
- *Anhang 1: der Rahmenvertrag zwischen dem Zentralverband für Orthopädieschuh-technik (ZVOS) sowie Barmer und Techniker Krankenkasse aus 2013 inkl. der Protokollnotiz mit Gültigkeit ab 01.10.2017 sowie der Anlage 1 (Produktgruppe 31) in der Fassung vom 01.10.2017 mit den dazugehörigen Anhängen 1-4 in der Fassung vom 01.10.2017*
- *Der Anhang 2: KKH-spezifische Regelungen*
- *Die KKH-Anlagen:*
 - Anlage 1: Datenübermittlung*
 - Anlage 2: Abrechnungsregelung*
 - Anlage 3: Patienteninformation über zehen- und fersenoffene Schuhversorgungen*

§ 2 Anwendung anderer Vereinbarung gem. § 127 Abs. 2 SGB V

(1) Hinsichtlich der Einzelheiten der Versorgung von Versicherten der KKH beziehen sich die Beteiligten inhaltlich auf den zum gleichen Vertragsgegenstand (PG 31) geschlossenen Rahmenvertrag zwischen dem ZVOS sowie Barmer und Techniker Krankenkasse auf Kostenträgerseite mit Wirkung zum 01.10.2017. Dieser Rahmenvertrag im Folgenden: (PG 31 Barmer / TK-Vertrag) ist in der jeweils gültigen Fassung als Bestandteil im hiesigen Vertrag als Anhang 1 beigefügt.

(2) Rechte und Pflichten aus dem PG 31 Barmer / TK-Vertrag einschließlich dessen Anlagen sind für die hiesigen Vertragspartner entsprechend anzuwenden, sofern im Anhang 2 keine abweichenden Regelungen getroffen wurden.

(3) Spätere Änderungen und/oder Ergänzungen des PG 31 Barmer / TK-Vertrages werden zum jeweiligen Inkrafttreten auch Gegenstand zwischen den im obigen Rubrum genannten Vertragsparteien, es sei denn, nachfolgend ist etwas anderes bestimmt oder die vorliegende Vereinbarung endet in Folge von Kündigung oder Vertragsaufhebung. Der ZVOS informiert die KKH über etwaige Änderungen / Ergänzungen vor deren Inkrafttreten. Der Auftragnehmer wird über diese Änderungen / Ergänzungen von der Auftraggeberin in Kenntnis gesetzt.

§ 3 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag tritt zum 15.11.2017 in Kraft. Maßgebend ist das Datum der Verordnung.

(2) Der vorliegende Rahmenvertrag ist in seinem Bestand unabhängig von Bestand und Wirksamkeit des Barmer / TK-Vertrages.

(3) Der vorliegende Rahmenvertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens jedoch zum 30.06.2021, von den am Vertrag beteiligten Parteien gekündigt werden. Die Kündigung durch einzelne Verbände auf Leistungserbringerseite lässt den Bestand der Vereinbarung zwischen den übrigen Vertragsparteien unberührt.

§ 4 Teilnehmende Leistungserbringer

(1) Soweit Zweifel oder Unklarheiten betreffend der Umsetzung einzelner Vertragspflichten bestehen, verpflichten sich die Vertragspartner, diese einvernehmlich zu klären und an die zwischen ihnen geltenden Gegebenheiten anzupassen.

(2) Die teilnehmenden Betriebe erklären schriftlich gegenüber ihrer Leistungserbringerorganisation deren Mitglied sie sind den Beitritt zu diesem Rahmenvertrag. Die Leistungserbringerverbände verpflichten die teilnehmenden Betriebe, dass sie den vorliegenden Vertrag mit den entsprechenden, ggf. zu vervollständigenden Anhängen und Anlagen, gegen sich gelten lassen.

(3) Die Leistungserbringerverbände sind verpflichtet, der KKH vor Vertragsbeginn eine Vertragspartnerliste der teilnehmenden Betriebe zur Verfügung zu stellen. Die zu übermittelnde Form ist in Anhang 2 geregelt. Die Teilnehmerliste ist bei Veränderungen der teilnehmenden Betriebe eigenständig von Leistungserbringerverbänden zu aktualisieren / fortzuschreiben und der KKH unverzüglich elektronisch zu übermitteln.

§ 5 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder eine Regelungslücke enthalten, so gilt ein Regelungsinhalt, der den zum Ausdruck gekommenen Interessen der Vertragspartner am Nächsten kommt, als vereinbart. Die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen bleibt davon unberührt.

Unterschriften:

Ort, Datum

(Auftragnehmer)

Ort, Datum

(Auftraggeberin)

RAHMENVERTRAG

zwischen der

BARMER GEK
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal

- im folgenden **BARMER GEK** genannt -

und der

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

- im folgenden **TK** genannt -

und

dem

Zentralverband für Orthopädieschuhtechnik
Ricklinger Stadtweg 92
30459 Hannover

(im folgenden Verband genannt)

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten mit den in den Anlagen aufgeführten Produkten zwischen der BARMER GEK und der TK einerseits sowie dem Verband und seinen folgend beigetretenen Mitgliedsinnungen
 - Innung für Orthopädieschuhtechnik Baden-Württemberg
 - Innung für Orthopädie-Schuhtechnik Berlin
 - Innung für Orthopädie-Schuhtechnik Mittelrhein-Pfalz
 - Landesinnung für Orthopädie-Schuhtechnik Mecklenburg-Vorpommern
 - Landesinnungsverband Orthopädie Schuhtechnik Niedersachsen und Bremen
 - Landesinnung für Orthopädie-Schuhtechnik Nord
 - Landesinnung Orthopädie-Schuhtechnik Sachsen
 - Innung für Orthopädie-Schuhtechnik Trier
 - Landesinnung Thüringen für Orthopädie-Schuhtechnik
 - Interessengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e.V. (Bayern)
 - Interessengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik (IGOS NRW)sowie deren beigetretenen Mitgliedsbetrieben andererseits. Die vertraglichen Verhältnisse bei der Durchführung der einzelnen Versorgung richten sich danach, ob die Versicherung bei der BARMER GEK bzw. TK besteht. Die beigetretenen Mitgliedsbetriebe sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages nebst seiner Zusätze und der vereinbarten Anlagen verpflichtet. Die Mitgliedsbetriebe werden ebenfalls Vertragspartner dieses Rahmenvertrages. Der Vertrag kommt durch Teilnahmeerklärung des betreffenden Mitgliedsbetriebes zu dem Rahmenvertrag gegenüber dem Verband, jedenfalls aber durch Meldung der Teilnahme des Mitgliedsbetriebes zu mindestens einer der Anlagen dieses Rahmenvertrages im Rahmen der Meldung nach Ziffer 3 zustande. Die Beendigung der Mitgliedschaft in der Innung stellt den Eintritt einer auflösenden Bedingung dar.
2. Für alle in dieser Vereinbarung geregelten Produktgruppen gilt für Verordnungen von Versicherten der BARMER GEK und TK ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausschließlich dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen. Maßgeblich ist das Datum der Verordnung. Die Abgabe von Leistungen aus den in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelten Produktgruppen an Versicherte der BARMER GEK und TK zu deren Lasten nach anderen Regelungen ist ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausgeschlossen. Dies gilt selbst dann, wenn der Verband oder ein beigetretener Mitgliedsbetrieb bezüglich einzelner in den nach diesem Vertrag vorgesehenen Anlagen geregelten Produktgruppen keine Vereinbarung nach Maßgabe dieses Vertrages mit der BARMER GEK und TK eingeht.
3. Der Verband stellt der BARMER GEK und TK spätestens 14 Tage vor Vertragsbeginn jeweils eine Teilnehmerliste der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Mitgliedsbetriebe einschließlich deren Filialen zur Verfügung. Die Teilnehmerliste ist mittels der Vorgabedatei im Rahmen der darin vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form in einem WindowsTMkompatiblen Programm (Excel 1997 bis 2003) der BARMER GEK und TK zu übermitteln.
4. Neue Mitgliedsbetriebe sowie neue Filialen bereits teilnehmender Mitgliedsbetriebe müssen der BARMER GEK und TK 4 Wochen vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich durch den Verband gemeldet werden. Diese Meldung ist ebenfalls in der vorgegebenen Struktur (gemäß § 1 Ziffer 3) in elektronischer Form der BARMER GEK und TK zu übermitteln. Das Ausscheiden eines Mitgliedsbetriebes ist der BARMER GEK und TK ebenfalls durch den Verband unverzüglich in der in Ziffer 3 beschriebenen Dateiform elektronisch zu übermitteln.
5. Nur für BARMER GEK: Darüber hinaus ist für jeden Mitgliedsbetrieb sowie jede Filiale die vorgegebene Datei für Versorgungsgebiete gemäß der vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form in einem WindowsTM kompatiblen Programm (Excel ab 1997 bis 2003) zu erstellen und durch den Verband 14 Tage vor Vertragsbeginn der BARMER GEK zu übermitteln. Änderungen sind der BARMER GEK unverzüglich durch den Verband in elektronischer Form gemäß Ziffer 3 zur Verfügung zu stellen.
6. Die BARMER GEK und TK haben das Recht in begründeten Fällen, der Teilnahme einzelner Mitgliedsbetriebe an diesem Rahmenvertrag zu widersprechen. Die Begründung erfolgt gegenüber dem einzelnen Mitgliedsbetrieb. Der Verband wird entsprechend informiert.

7. Der Zusatz A zum Vertrag ist zwingender Bestandteil des Vertrages und gilt mit Unterzeichnung des Rahmenvertrages als vereinbart. Folgende Anlagen und Anhänge sind nach diesem Vertrag vorgesehen:

- Anlage 1 – Vereinbarung über die Lieferung von orthopädischen Maßschuhen, orthopädischen Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierten Therapieschuhen und Änderungen/Instandsetzungen an orthopädischen Schuhen sowie Sonstigem (Produktgruppe 31)
- Anhang 1- Vergütungsliste für orthopädische Maßschuhe
- Anhang 2- Vergütungsliste für orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen
- Anhang 3- Vergütungsliste für konfektionierte Therapieschuhe
- Anhang 4- Vergütungsliste für Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh sowie Sonstiges

Sie berechtigen jedoch nur zur Versorgung der Versicherten der BARMER GEK und TK, soweit sie auch vereinbart sind.

8. Zwischen den Parteien werden folgende Anlagen entsprechend der Abgabeberechtigung der teilnehmenden Betriebe vereinbart:

- Anlage 1- Vereinbarung über die Lieferung von orthopädischen Maßschuhen, orthopädischen Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierten Therapieschuhen und Änderungen/Instandsetzungen an orthopädischen Schuhen sowie Sonstigem (Produktgruppe 31)
- Anhang 1- Vergütungsliste für orthopädische Maßschuhe
- Anhang 2- Vergütungsliste für orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen
- Anhang 3- Vergütungsliste für konfektionierte Therapieschuhe
- Anhang 4- Vergütungsliste für Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh sowie Sonstiges

9. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlagen bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGB des Verbandes sowie der Mitgliedsbetriebe werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die BARMER GEK und/oder TK sie schriftlich bestätigt hat.

10. Den mit der Auftragserteilung, Beaufsichtigung, Leistungserbringung, Abnahme oder sonst mit der Abwicklung der Lieferung/Leistung betrauten Mitarbeitern dürfen weder unmittelbar noch mittelbar persönliche Vorteile irgendwelcher Art angeboten, versprochen oder verschafft werden.

11. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.

12. Organisatorische oder strukturelle Veränderungen der Mitgliedsbetriebe gemäß der Teilnehmerliste (vgl. Ziffer 3) mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (z.B. Umzug) müssen der BARMER GEK und TK umgehend schriftlich mitgeteilt werden.

13. Standardisierte Formulare, Erklärungen oder Anschreiben, welche der Verband sowie deren Mitgliedsbetriebe gegenüber den Versicherten der BARMER GEK und/oder TK einzusetzen beabsichtigen und die sich auf die Leistungspflicht der BARMER GEK bzw. TK beziehen, sind vor dem Einsatz mit der BARMER GEK und TK abzustimmen.

14. In diesem Vertrag und seinen Anhängen/Anlagen festgelegte Formen und Inhalte für Listen, Übersichten, Erklärungen etc. sind in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt unverändert einzusetzen. Eigene Formulare des Mitgliedsbetriebes sind erlaubt, sofern die Inhalte mit den Formularen der BARMER GEK und TK inhaltlich übereinstimmen.

§ 2 Sicherheitsleistung

Soweit es nach diesem Vertrag und den Anlagen zu diesem Vertrag vorgesehen ist, ist eine Sicherheitsleistung zu erbringen. Je nach Organisation des Verbandes kann die Sicherheitsleistung entweder durch den Verband für die Mitgliedsbetriebe oder durch die einzelnen Mitgliedsbetriebe erbracht werden. Sind nach den Anlagen mehrere Sicherheitsleistungen geschuldet, sind diese als

Gesamtsicherheitsleistung zu erbringen. Der Nachweis der Sicherheitsleistung ist innerhalb von 2 Monaten nach Unterzeichnung des Vertrages bzw. nach Beginn der Vertragsteilnahme im Falle eines späteren Vertragsbeitritts eines Mitgliedsbetriebes zu diesem Vertrag zu erbringen.

§ 3 Qualitätsanforderungen

Die Mitgliedsbetriebe sowie deren Filialen haben die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach Maßgabe der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), den Hygiene-Sterilvorschriften und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V sicherzustellen.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

1. Jeder Mitgliedsbetrieb sowie dessen Filialen haben die Voraussetzungen des § 126 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in Form der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen. Sie haben diese Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1a SGB V in der Fassung ab 01.01.2009 nach den hierfür geltenden Vorschriften durch Vorlage einer Bestätigung einer nach dieser Vorschrift geeigneten Stelle, nachzuweisen. Die Grundeignung kann auch durch eine individuelle Einzelprüfung nachgewiesen werden. Die Einzelprüfung wird im Auftrag der BARMER GEK und TK durch die Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) durchgeführt. Der Mitgliedsbetrieb wendet sich zur Aufnahme und Abwicklung des Prüfverfahrens direkt an die für ihn zuständige vdek-Landesvertretung (Übersicht im Internet abrufbar unter <http://www.vdek.com/LVen/index.htm>). Maßgeblich für die Zuständigkeit ist der Sitz des zu prüfenden Betriebes. Die Grundeignung ist durch Vorlage der entsprechenden Bescheinigung des vdek nachzuweisen.
2. Der Mitgliedsbetrieb hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Mitgliedsbetrieb oder der Verband die BARMER GEK und TK unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Mitgliedsbetrieb hat auf Anforderung der BARMER GEK und TK das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise prüffähig darzulegen. Die BARMER GEK und TK sind berechtigt, dem Mitgliedsbetrieb eine angemessene Frist zum Nachweis der Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen zu setzen.

Soweit und solange die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen in der jeweils geltenden Fassung durch den Mitgliedsbetrieb bzw. einzelne seiner Filialen nicht erfüllt werden, entfällt die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten der BARMER GEK und TK abzugeben.

3. Mitgliedsbetriebe, die noch nicht über einen Nachweis der Grundeignung nach § 126 SGB V verfügen, können diesen innerhalb von 3 Monaten nach Vertragsbeginn vorlegen. Kann der Mitgliedsbetrieb nach Ablauf der Frist die Grundeignung nicht nachweisen, entfällt die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten der BARMER GEK und TK abzugeben.

§ 5 Personelle Anforderungen

1. Die Mitgliedsbetriebe setzen zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein.
2. Die Mitarbeiter der Mitgliedsbetriebe, die mit den Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.

3. Die Mitgliedsbetriebe stellen sicher, dass jeder Mitarbeiter, der im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - a) fachspezifische medizinische Weiterbildung,
 - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
 - c) Handhabung von neuen Produkten,
 - d) spezifische Fortbildungen wie in den Anlagen geregelt.Die Fortbildungszertifikate des Bundesinnungsverbandes für Orthopädietechnik und des Zentralverbandes für Orthopädie-Schuhtechnik sowie der Landesverbände Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen (AGOS-Zertifikate) gelten als ausreichend in diesem Sinne.
4. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und der BARMER GEK und TK auf Verlangen nachzuweisen.

§ 6 Genehmigung

1. Der Leistungsinhalt bestimmt sich im Einzelnen nach den Anlagen dieses Vertrages.
2. Besteht gemäß den Bestimmungen der Anlagen die Verpflichtung zur Einreichung eines Kostenvoranschlages oder einer Versorgungsanzeige sind die nachfolgenden Regelungen zu beachten.
3. Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen müssen den in den Anlagen genannten Voraussetzungen entsprechen. Insbesondere ist im Kostenvoranschlag bzw. in der Versorgungsanzeige die vollständige vertraglich geregelte Abrechnungspositionsnummer, ggf. vertraglich geregelte Positionsnummern für Produktbesonderheiten sowie das Kennzeichen Hilfsmittel anzugeben.
4. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, der BARMER GEK bzw. TK den Kostenvoranschlag bzw. die Versorgungsanzeige in der von der BARMER GEK bzw. TK vorgesehenen elektronischen Form zu übermitteln. Für Versorgungsanzeigen der Versicherten der BARMER GEK und TK gilt insoweit der Zusatz A zum Rahmenvertrag.
5. Die BARMER GEK und TK behalten sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen bzw. Versorgungsanzeigen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvoranschläge bzw. Versorgungsanzeigen einschließlich der eingereichten Unterlagen unverzüglich an den Mitgliedsbetrieb zurückzusenden.
6. Maßgeblicher Zeitpunkt für den Beginn des Genehmigungszeitraumes ist die Aufnahme der Versorgung. Unabhängig vom Genehmigungszeitraum endet der Auftrag bei einer vereinbarten Miete oder einer Dauerversorgung spätestens mit Ausscheiden des Versicherten aus der BARMER GEK bzw. TK, soweit sich aus den Zusätzen und Anlagen zu diesem Vertrag nichts anderes ergibt.
7. Bei Versorgungsleistungen, die für Versicherte erfolgen, die in einer Behinderteneinrichtung, einem Alten- oder Pflegeheim oder ähnlichen Einrichtungen wohnen, ist – soweit dies in der jeweiligen Anlage vorgesehen ist – vorab die Genehmigung der BARMER GEK bzw. TK erforderlich.

§ 7 Leistungserbringung

1. Die Erbringung sämtlicher in diesem Vertrag geregelter Leistungen hat stets durch den Mitgliedsbetrieb selbst zu erfolgen, soweit nicht durch diesen Vertrag etwas anderes geregelt ist. Die Erbringung von Leistungen durch Dritte darf nur in den in diesem Vertrag ausdrücklich geregelten Fällen erfolgen.
2. Die Lieferung eines Produktes kann, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart ist, nur bei Vorlage einer vertragsärztlichen Originalverordnung durch den Versicherten und nach Bewilligung durch die BARMER GEK bzw. TK erfolgen. Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der vertragsärztlichen Verordnung durch den Versicherten besteht erst ab der Auftragserteilung. Ein Auftrag ist erteilt, wenn dem Mitgliedsbetrieb die Kostenübernahmeerklärung der BARMER GEK bzw. TK vorliegt. Bis zu einer Auftragserteilung ist der Mitgliedsbetrieb auf Wunsch des Versicherten oder der BARMER GEK bzw. TK jederzeit zur Herausgabe der Verordnung

verpflichtet. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei der BARMER GEK bzw. TK geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten mit dem Ziel diese Regelung zu umgehen, sind unzulässig.

3. Ist das erforderliche Hilfsmittel beim Mitgliedsbetrieb 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 BARMER GEK bzw. TK beantragten Kosten (bei Kostenvoranschlagspflichtigen Produkten) bzw. des mit der BARMER GEK und TK vereinbarten Preises (bei versorgungsanzeigepflichtigen Produkten) bzw. des Festbetrages bei anzeigepflichtigen festbetragsgeregelten Produkten für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die BARMER GEK bzw. TK zulässig. Entscheidet sich der Versicherte darüber hinaus für eine höherwertige Versorgung, ist die Vereinbarung über die Zahlung der hierdurch für den Versicherten entstehenden Mehrkosten gesondert gem. den Regelungen des § 10 Ziffer 4 zu dokumentieren.
4. Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist die vollständig ausgefüllte vertragsärztliche Originalverordnung. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung – sofern nicht medizinische Gründe für eine andere Frist vorliegen – vom Mitgliedsbetrieb aufgenommen worden ist. Die Versorgung gilt als aufgenommen, wenn der Mitgliedsbetrieb die Verordnung angenommen hat (Datum des Eingangsstempels).
Der Mitgliedsbetrieb ist zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zur BARMER GEK bzw. TK nicht verpflichtet, wenn diese auf der Verordnung als Kostenträger angegeben ist. Der Zahlungsanspruch richtet sich in diesen Fällen gegen die BARMER GEK bzw. TK.
5. Die Auswahl des konkreten Produktes zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten auf Basis der vertragsärztlichen Verordnung obliegt grundsätzlich dem versorgenden Mitgliedsbetrieb. Soweit der Arzt eine Verordnung ausgestellt hat, in der die Produktart nicht bzw. nicht korrekt aufgeführt ist, hat der Mitgliedsbetrieb den Arzt zu kontaktieren, um weitere Informationen zur erforderlichen Produktart zu erhalten. Hat der Arzt ein Einzelprodukt verordnet (Name des Produktes und/oder die Herstellerfirma), ist der Mitgliedsbetrieb nur dann zur Abgabe dieses Produktes verpflichtet, wenn der Arzt über die Diagnose hinaus eine produktbezogene medizinische Begründung für die Versorgung mit diesem Produkt auf der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung angegeben hat.
6. Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Mitgliedsbetrieb den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung.
7. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich, die Versicherten der BARMER GEK und TK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen des Vertrages zu versorgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V einzuhalten. Die BARMER GEK bzw. TK ist berechtigt, im Rahmen des § 12 Abs. 1 SGB V weitere Kostenvorschläge anderer Leistungserbringer einzuholen, soweit kein Vertragspreis festgelegt ist. Der Versorgungsauftrag kann von der BARMER GEK bzw. TK insbesondere dann einem anderen Vertragspartner erteilt werden, wenn eine Leistung außerhalb der vertraglichen Konditionen angeboten wird oder der begründete Verdacht besteht, dass eine unwirtschaftliche (Über-)Versorgung angeboten wurde.
8. Eine Versorgung nach dem Konzept für Versorgungspauschalen ist grundsätzlich vorrangig vor allen anderen Versorgungsformen durchzuführen, soweit es nach den Anlagen vorgesehen ist.
9. Soweit eine Versorgung nach dem Konzept für Versorgungspauschalen nicht in Betracht kommt, ist vorrangig eine Versorgung mit einem Hilfsmittel aus dem Bestand wieder verwendbarer Hilfsmittel zum Rahmenvertrag durchzuführen, soweit der Wiedereinsatz möglich und nach den Anlagen vorgesehen ist.
10. Für die Versorgung mit den vereinbarten Produkten sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu berücksichtigen. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Produktart. Weiterhin sind die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie ggf. weitere Hinweise des Arztes zu beachten. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels halten die Mitgliedsbetriebe permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte vor.

11. Sofern für die Versorgung mehrere gleichartige Produkte geeignet sind, wählt der Mitgliedsbetrieb vorrangig das wirtschaftlichste Produkt, für welches ein Vertragspreis vereinbart worden ist.
12. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, den Versicherten oder dessen beauftragten Betreuer zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Krankenhaus, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung) durchzuführen. Die notwendige Nachbetreuung ist zu gewährleisten.
13. Die Mitgliedsbetriebe verpflichten sich, die Versorgung mit den ärztlich verordneten Hilfsmitteln in der Regel innerhalb von 72 Stunden, bei Ende der 72 Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Gleiches gilt für die notwendigen Beratungen bzw. Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Kann der Mitgliedsbetrieb das Hilfsmittel nicht innerhalb der genannten Fristen zur Verfügung stellen, ist er verpflichtet, den Versicherten hierüber zu informieren und den Versorgungsauftrag bzw. die ärztliche Verordnung unverzüglich an die BARMER GEK bzw. TK zurückzugeben. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.
Leitet die BARMER GEK bzw. TK dem Mitgliedsbetrieb eine Verordnung weiter, ist der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, innerhalb von 48 Stunden Kontakt mit dem Versicherten aufzunehmen, bei Ende der 48-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.
14. Der Mitgliedsbetrieb hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen, soweit in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Bei der erstmaligen Versorgung eines Versicherten durch den Mitgliedsbetrieb sind dem Versicherten die entsprechenden Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer, Servicetelefonnummer, E-Mail-Adresse, Adresse des Mitgliedsbetriebes) bekannt zu geben.
15. Im Falle genehmigungspflichtiger Versorgungsungen erfolgt die Lieferung bzw. der Beginn der Versorgung spätestens 72 Stunden nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung der BARMER GEK oder der TK beim Mitgliedsbetrieb, bei Ende der 72 Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag. Die 72 Stunden-Frist gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung.
16. Die Auslieferung des Hilfsmittels ist der BARMER GEK bzw. TK per Empfangsbestätigung des Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung nachzuweisen. Quittierungen im Voraus oder Nachhinein sind unzulässig.
17. Die Abholung eines Hilfsmittels beim Versicherten durch den Mitgliedsbetrieb darf nur aufgrund eines mit dem Versicherten rechtzeitig vereinbarten Abholungstermins erfolgen. Bei der Abholung von Hilfsmitteln, die nicht im Eigentum des Mitgliedsbetriebes stehen, hat dieser den rechtmäßigen Eigentümer über den Verbleib zu unterrichten.
18. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht kurzfristig beschafft werden, stellt der Mitgliedsbetrieb dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels kostenlos zur Verfügung. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung.

§ 8 Produkthanforderung

1. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V haben Gültigkeit, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder eine Listung im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.

Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht.

Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer bzw. ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel kann die BARMER GEK bzw. TK vom Mitgliedsbetrieb die Vorlage einer vom Hersteller ausgestellten Konformitätserklärung gemäß MPG fordern. Der Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der BARMER GEK bzw. TK innerhalb von 4 Wochen vorzulegen.

Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, können diese ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in dieser Vereinbarung geregelte Produkte sind die in der dafür vorgesehenen Anlage aufgeführten Pseudopositionsnummern zu verwenden. Es ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei der BARMER GEK bzw. TK einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag erhalten.

Werden einzelne Hilfsmittel, welche in den Anlagen geregelt sind, vollständig aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

2. Der Mitgliedsbetrieb gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGBV sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Sind weder dem Hilfsmittelverzeichnis noch den Herstellerangaben ausreichende Beschaffenheitsangaben zu entnehmen, ist die Gebrauchstauglichkeit des Produktes für die vorausgesetzte Verwendung maßgeblich, es sei denn, zwischen den Parteien wurde in den Anlagen zum Vertrag etwas anderes vereinbart.
3. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich, im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag an die Versicherten der BARMER GEK und TK nur Produkte abzugeben, die den Kriterien des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Aufgrund von §139 Abs. 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 MPG der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehör im Sinne des § 3 Nr. 9 MPG.
4. Der Mitgliedsbetrieb übernimmt unabhängig von der Versorgungsform alle Verpflichtungen einschließlich der personellen Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Produkten aus dem Medizinproduktegesetz und den sonstigen Sicherheitsvorschriften ergeben. Insbesondere sind die §§ 4 bis 9 MPBetreibV zu beachten und umzusetzen. Der BARMER GEK und TK steht es frei, die Umsetzung der vorstehend genannten Paragraphen in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen.
5. Die Produkte müssen in Qualität und Ausführungen den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und den Bedürfnissen des Versicherten voll gerecht werden. Grundsätzlich werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei, funktionsgerecht und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Sie müssen den medizinischen und technischen Anforderungen der entsprechenden Produktuntergruppe des Hilfsmittelverzeichnisses genügen. Es dürfen nur Hilfsmittel mit einem CE-Prüfzeichen nach dem MPG zum Einsatz kommen. Bei Sonderanfertigungen wird auf eine CE-Kennzeichnung verzichtet.

§ 9 Qualitätsprüfung

1. Der BARMER GEK und TK steht es frei, die Qualität der Versorgung aus diesem Vertrag in der ihr geeignet erscheinenden Form (z.B. durch Versichertenbefragung oder Einschaltung von Dritten) nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
2. Die Überprüfung der Versorgung kann im Rahmen einer Evaluation nach § 275 Abs. 3 Nr. 3 SGB V erfolgen.

3. Rückfragen der BARMER GEK und TK im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind von den Mitgliedsbetrieben kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

§ 10 Vergütung

1. Der Mitgliedsbetrieb hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn der Auftrag erteilt wurde und der Mitgliedsbetrieb die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht hat.
2. Die Preise für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel, für die Beratung inklusive der Einweisung in Bedienung und Pflege des Hilfsmittels und Nachbetreuung sowie Anpassung, Anprobe und Reparatur der gelieferten Hilfsmittel ergeben sich aus den Anlagen zu diesem Vertrag. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart wird.
3. Werden für Hilfsmittel gemäß den Anlagen zu diesem Vertrag Festbeträge zu niedrigeren Preisen, als nach diesem Vertrage vorgesehen, festgelegt, können die betreffenden Hilfsmittel maximal bis zur Höhe des Festbetrages abgerechnet werden.
4. Die Erhebung eines Eigenanteils/einer Aufzahlung gegenüber den Versicherten der BARMER GEK und TK für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß dieses Vertrages durch den Mitgliedsbetrieb ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig, ausgenommen anders lautender Regelungen in den Anlagen oder für den Fall, dass der Versicherte – trotz ausführlichen Hinweises und Beratung durch den Mitgliedsbetrieb – eine höherwertige Versorgung wünscht, als medizinisch notwendig und vertraglich vereinbart ist. Im Fall einer höherwertigen Versorgung hat der Mitgliedsbetrieb den Versicherten zu informieren, dass die BARMER GEK bzw. TK die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Vor Lieferung ist hierzu mit dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen, die folgenden Text enthält:

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.“

Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, der BARMER GEK bzw. TK die Vereinbarungen auf Anfrage in Kopie zur Verfügung zu stellen.

5. Nachträgliche Änderungen an einem Hilfsmittel können nur dann gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden und nicht durch die in den Anlagen geregelten Vergütungen abgedeckt sind. Abweichende Regelungen in den Anlagen sind zu beachten.
6. Die gesetzlichen Regelungen zur Zuzahlung gelten.
7. Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Mitgliedsbetrieb anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu überprüfen. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den Mitgliedsbetrieb einzuziehen.

§ 11 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Mitgliedsbetrieb und jede Filiale verfügt über ein Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V, welches bei der Abrechnung mit der BARMER GEK und TK verwendet wird.
Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
Jeder Mitgliedsbetrieb bzw. jede Filiale kann nur ein IK je Vertrag mit der BARMER GEK und TK verwenden, welches der BARMER GEK und TK verbindlich in der Teilnehmerliste nach § 1 Ziffer 3 zu melden ist.
2. Die unter dem gegenüber der BARMER GEK und TK verwandten IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind für die Abrechnungsbegleichung durch die BARMER GEK und TK verbindlich. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der BARMER GEK und TK bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

3. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die BARMER GEK und TK oder deren mit der Abrechnungsprüfung beauftragte Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
4. Das gegenüber der BARMER GEK und TK eingesetzte IK ist der Landesvertretung des vdek bei der Prüfung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V mitzuteilen. Spätere Änderungen des IK sind der Landesvertretung des vdek ebenfalls mitzuteilen. Abrechnungen mit der BARMER GEK und TK erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
5. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK berechtigen die BARMER GEK und TK zur Abweisung der Abrechnung. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der BARMER GEK und TK unbekanntem IK.

§ 12 Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Die Abrechnung kann, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, zweimal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei der von der BARMER GEK bzw. TK benannten Abrechnungsstelle erfolgen.

Abrechnungsstelle der BARMER GEK ist derzeit:

DDG-Rechnungsprüfstelle der BARMER GEK,
Postfach,
45120 Essen

Abrechnungsstelle der TK ist derzeit:

Postanschrift

Techniker Krankenkasse INTER-FORUM GmbH
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig

Postfachanschrift

INTER-FORUM GmbH
Postfach 500554
04305 Leipzig

2. Alle Rechnungen werden unter dem in der Meldemaske der Teilnehmerliste aufgeführten Institutionskennzeichen abgerechnet. Eine Veränderung des Institutionskennzeichens ist der BARMER GEK und TK sowie dem vdek mindestens 4 Wochen im Voraus mitzuteilen.
3. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V - im folgenden Richtlinien genannt - in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten
 - Urbelege
 - (Verordnungsblatt/-blätter im Original - Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet werden, für die eine ärztliche Verordnung nicht vorgesehen oder nicht vereinbart ist.)
 - Empfangsbestätigungen der Versicherten oder wie in den Anlagen geregelt
 - Genehmigung der BARMER GEK bzw. TK, sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V)

- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
 - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).
4. Im Rahmen der Rechnungslegung nach § 302 SGB V (Datenaustausch) ist im EHI-Segment im Feld „Art der abgegebenen Leistung“ die Abrechnungspositionsnummer zu erfassen. Die Abrechnungspositionsnummer ist grundsätzlich 10-stellig oder wie in den Anlagen aufgeführt anzugeben.
 5. Bei der Abrechnung von Hilfsmitteln nach § 302 SGB V muss das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ gefüllt werden. Sofern in den Anlagen eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist, muss das Feld „Positionsnummer für Produktbesonderheiten“ entsprechend gefüllt werden. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung freizulassen.
 6. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, der BARMER GEK und TK die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.
 - a) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der BARMER GEK bzw. TK benannten Abrechnungsstellen zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Mitgliedsbetrieb ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet.
Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –bezahlung sind nicht von der BARMER GEK bzw. TK zu verantworten.
 - b) Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die BARMER GEK bzw. TK gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Mitgliedsbetrieb von der BARMER GEK bzw. TK durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 3 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Mitgliedsbetrieb die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
 - c) Jeder Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 2 bei der „Kopfstelle“ des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, Tel. 030/2 69 31-0, eMail: info@vdek.com sowie bei der von der BARMER GEK bzw. TK benannten Abrechnungsstelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.
 - d) Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Mitgliedsbetrieb zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
Der Mitgliedsbetrieb kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der jeweils von den Kassen benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die BARMER GEK bzw. TK oder die von den Kassen benannten Datenannahmestellen den Mitgliedsbetrieben keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Eine separate schriftliche Information über die Fehlerfreiheit erfolgt insoweit nicht.
 - e) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Mitgliedsbetrieb ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.
 7. In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:
 - IK des versorgenden Mitgliedsbetriebes,
 - Versichertendaten, insbesondere die Mitgliedsnummer,

- 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:
 - Hilfsmittelpositionsnummer
 - Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelauflistung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V erfolgen oder
 - Angabe der Pseudonummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag,
 - ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,

- bei höherwertigen Versorgung: Hilfsmittelpositionsnummer des tatsächlich abgegebenen Produktes,
- Kennzeichen Hilfsmittel,
- Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- Bruttowert der Verordnung und zu zahlender Zuzahlungsbetrag, sofern nicht zuzahlungsbefreit
- bei Abrechnung von Dauerverordnungen: Angabe des Versorgungsmonats mit Von- und Bis-Datum,
- von der BARMER GEK bzw. der TK vergebene Genehmigungskennzeichen.

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Mitgliedsbetrieb entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Regelungen des § 10 Ziffer 7 sind zu beachten.

8. In der Abrechnung ist der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel der jeweiligen Anlage anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgung und Leistungen abgerechnet werden.
9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann der von der BARMER GEK bzw. TK beauftragte Abrechnungsdienstleister die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei der benannten Stelle eingehen, werden die vorhandenen Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Hierdurch verursachte Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der BARMER GEK bzw. TK.
10. Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die BARMER GEK bzw. TK innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei dem jeweils zuständigen Abrechnungsunternehmen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.
Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
11. Dem Mitgliedsbetrieb ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der BARMER GEK bzw. TK bleiben insoweit unberührt.
12. Überträgt ein Mitgliedsbetrieb die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die BARMER GEK und TK unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der BARMER GEK und TK ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Die Abrechnungsstelle ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß § 302 Abs. 2 SGB V beim vdek sowie bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungsstellen liefern die Abrechnungen ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Ziffer 1.

13. Der Mitgliedsbetrieb ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die Abrechnungsstelle verantwortlich. Hat der Mitgliedsbetrieb der Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit für die BARMER GEK bzw. TK schuldbeitreitender Wirkung. Wird der Abrechnungsstelle die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der BARMER GEK und TK unverzüglich bekannt zu machen. Die schuldbeitreitende Wirkung der Zahlung der BARMER GEK bzw. TK an die Abrechnungsstelle entfällt 3 Werkstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
14. Sofern die Rechnungslegung nach Ziffer 10 einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die Abrechnungsstelle unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages, der Anlage zu § 78 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) und des § 6 Abs. 1 BDSG von dem Verband bzw. dem Mitgliedsbetrieb auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei der Abrechnungsstelle ist der BARMER GEK und TK vorzulegen.
15. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden und für Sozialhilfeempfänger, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

§ 13 Haftung und Gewährleistung

1. Gewährleistung und Haftung der Mitgliedsbetriebe richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit der Vertrag nichts anderes bestimmt.
2. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.
3. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Der Mitgliedsbetrieb tritt eventuelle Rechte aus vom Hersteller gewährten Garantien an die BARMER GEK und TK ab.
4. Für Instandsetzungen und Um-/Aufrüstungen an Hilfsmitteln, die im Rahmen des Wiedereinsatzes ausgeliefert werden sowie bei Wartungen und Reparaturen wird mit der Aushändigung an den Versicherten ebenfalls eine Gewährleistung nach den gesetzlichen Vorschriften und/oder vom Hersteller gewährten Garantien auf die neu eingebauten Teile übernommen.
5. Jeder Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten. Angemessen für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personen- und/oder Sachschäden sowie 100.000 EUR für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

§ 14 Beziehungen zu Dritten

1. Die Unterhaltung von Produktdepots sowie der Vertrieb von Hilfsmitteln in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen durch die Mitgliedsbetriebe ist nicht zulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen (vgl. Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Abs. 1 SGB V - Hilfsmittelabgabe über Depots vom 31. März 2009) benötigt werden bzw. die eine spezielle ärztliche (Therapie)- Einweisung mit anschließender ärztlicher Kontrolle erfordern. Die Mitgliedsbetriebe dürfen außerhalb der Notfallversorgung nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben, es sei denn, in der für die abgegebene Leistung geltenden Anlage wird etwas anderes bestimmt. Werden die Leistungen von Dritten erbracht, hat der Mitgliedsbetrieb einen Abschlag von 20 v.H. auf den Vertragspreis bei der Abrechnung zu gewähren. Die Abschlagsregelung findet keine Anwendung, wenn die Leistung des Dritten durch den Mitgliedsbetrieb zu vergüten ist. § 128 Abs. 1 SGB V gilt gegebenenfalls ergänzend.

2. Zulässig sind Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten und teilkonfektionierten Produkten in der Praxis des Arztes und stationären Einrichtungen durch die Mitgliedsbetriebe, nachdem das Produkt in der eigenen Werkstatt des Mitgliedsbetriebes gefertigt wurde. Voraussetzung ist, dass die Anpassung in der Arztpraxis vom Arzt aus medizinischen Gründen für erforderlich gehalten wird.
3. Eine Vergütung von Dienstleistungen, zusätzlichen privatärztlichen Leistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Personal im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Mitgliedsbetriebe. Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. vom 12.05.1997 in seiner jeweils geltenden Fassung sowie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, die sich aus der Berufsordnung der Ärzte ergeben, sind zu beachten. § 128 Abs. 2 SGB V gilt gegebenenfalls ergänzend.
4. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Patienten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch die Mitgliedsbetriebe zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer oder anderweitiger Anreize durch Dritte ist unzulässig. Die Auslage von Werbematerialien, mit dem Ziel der einseitigen Beeinflussung der Versicherten in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen ist unzulässig.
5. Werbemaßnahmen des Verbandes sowie der Mitgliedsbetriebe dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BARMER GEK und TK beziehen. Es ist unzulässig, Ärzte, Versicherte oder andere Dritte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Ebenfalls ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung aufzusuchen. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandsetzungen bleiben davon unberührt. Dies gilt auch für Versicherte, die in Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen betreut werden.

§ 15 Datenschutz

1. Der Verband sowie die Mitgliedsbetriebe verpflichten sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der Datenschutzgesetze zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
2. Der Verband, die Mitgliedsbetriebe sowie die beauftragten Abrechnungsstellen unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der BARMER GEK bzw. TK, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der BARMER GEK und TK erforderlich sind.
3. Der Verband sowie die Mitgliedsbetriebe haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

§ 16 Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen, Kündigung

1. Der Vertragspartner haftet gegenüber der BARMER GEK und TK für die Verletzung von Pflichten aus diesem Vertrag, die auf sein Verschulden zurückzuführen sind, unbeschadet der folgenden Regelungen nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Allen nachfolgend aufgeführten Sanktionen (Vertragsstrafen/Kündigung) geht stets eine Anhörung des Vertragspartners voraus. Der Leistungserbringer kann hier den Innungsverband hinzuziehen. Eine Vertragsstrafe bzw. Kündigung kann nur bei einer wiederholten Vertragsverletzung ausgesprochen werden.

Verletzt der Vertragspartner Pflichten aus diesem Vertrag, steht der BARMER GEK und TK unter Berücksichtigung der Regelungen des Absatzes 2 je nach Schwere des Vertragsverstoßes die Befugnis zu:

- eine Verwarnung auszusprechen

- bei wiederholtem Ausspruch einer Verwarnung auf Grund gleich gearteter Vertragsverletzung den Vertrag gegenüber der Innung bzw. dem betreffenden Mitgliedsbetrieb außerordentlich zu kündigen.

Soweit die Kündigung des Vertrages durch die oder gegenüber dem Verband erklärt wird, gilt diese gleichzeitig für alle angeschlossenen Mitgliedsbetriebe als gekündigt.

3. Der BARMER GEK und TK steht bei der Auswahl der vorgenannten Sanktionen ein Ermessen unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Einzelfalles zu. Eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffer 5 wird ggf. unabhängig hiervon verwirkt.
4. Bei schuldhaften Überschreitungen der zwischen dem Mitgliedsbetrieb und der BARMER GEK und TK vereinbarten Lieferfrist gemäß § 7 Ziffer 13 und 15 unter Berücksichtigung anderslautender Regelungen in den Anlagen gelangt der Mitgliedsbetrieb mit seiner Leistung ohne Mahnung in Verzug. In diesem Fall ist die BARMER GEK bzw. TK berechtigt, die Versorgung des Versicherten für den betroffenen Versorgungszeitraum einem Dritten zu übertragen. Dadurch entstehende Mehrkosten gehen zu Lasten des Mitgliedsbetriebes. Weitergehende Rechte der BARMER GEK bzw. TK bleiben unberührt.
5. Für die wiederholte Nichteinhaltung der
 - vertraglich festgesetzten Lieferfrist zur Versorgung der Versicherten der BARMER GEK und TK,
 - Qualitätskriterien hinsichtlich der vertraglich geschuldeten Leistung,
 - Regelungen in § 14 Ziffer 1 S. 3

verwirkt der betreffende Mitgliedsbetrieb nach Anhörung für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von 150,00 EUR.

6. Auf Seiten der BARMER GEK und TK liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages mit dem Verband berechtigt, dann vor, wenn der Verband:
 - a) durch ihre Mitgliedsbetriebe eine ausreichende Versorgung mit den vertraglich geschuldeten Leistungen nach Maßgabe der vereinbarten Anlagen nicht mehr sicher stellen kann,
 - b) fortgesetzt ihre Verpflichtung zur unverzüglichen Einreichung einer aktualisierten Teilnehmerliste bei der BARMER GEK und TK verletzt,
 - c) durch ihre Mitgliedsbetriebe Vertragsverstöße in einem Umfang verursacht, welche es der BARMER GEK und TK unzumutbar machen, an dem Vertrag festzuhalten,
 - d) den Regelungen in § 1 Ziffer 8 zuwiderhandelt,
 - e) Werbemaßnahmen zuwider der Regelung des § 14 Ziffer 5 vornimmt,
 - f) gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat,
7. Auf Seiten der BARMER GEK und TK liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung der Teilnahme einzelner Mitgliedsbetriebe am Vertrag berechtigt, insbesondere dann vor, wenn:
 - a) Qualitätsmängel in der vertraglich geregelten Versorgung eines Versicherten aufgetreten sind, die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können,
 - b) der Mitgliedsbetrieb wiederholt mit der Erbringung seiner Leistung in Verzug gerät und dadurch die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird,
 - c) der Mitgliedsbetrieb wiederholt Zahlungen zu Vertragsleistungen durch Versicherte fordert oder annimmt, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
 - d) eine Abrechnungsmanipulation vorliegt, beispielsweise die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Abrechnung einer Leistung, die nicht verordnet wurde,
 - e) der Mitgliedsbetrieb gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat,
 - f) der Mitgliedsbetrieb den Regelungen in § 1 Ziffer 9 zuwiderhandelt,
 - g) die Voraussetzungen zur Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 4 nicht mehr vorliegen oder der Mitgliedsbetrieb eine Überprüfung dieser Voraussetzungen durch die BARMER GEK und TK bzw. den entsprechenden Nachweis nach § 4 Ziffer 1 nicht fristgemäß gewährleistet,

- h) der Mitgliedsbetrieb gemäß § 7 Ziffer 2 ausgeschlossene privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten trifft,
 - i) der Mitgliedsbetrieb den Regelungen in § 14 zuwiderhandelt; im Falle der Kündigung wegen Verstößen gegen die Bestimmungen des § 14 Ziffer 1 und 3 können die BARMER GEK und TK den Mitgliedsbetrieb entsprechend § 128 Abs. 3 SGB V für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausschließen;
 - j) die Sicherheitsleistung gemäß § 2 nicht fristgerecht bei der BARMER GEK und TK eingereicht wird,
 - k) der Mitgliedsbetrieb durch Äußerungen oder Handlungen, insbesondere gegenüber den Versicherten sowie gegenüber der Öffentlichkeit nachweislich das Ansehen in einer Weise herabsetzt, die geeignet ist, die berechtigten Interessen der BARMER GEK und TK erheblich zu beeinträchtigen.
8. Eine außerordentliche Kündigung hat schriftlich mit entsprechender Begründung zu erfolgen. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht.
9. Für durch Vertragsverletzungen des Verbandes oder der Mitgliedsbetriebe verursachte Verwaltungsaufwendungen der BARMER GEK bzw. TK wird bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 286 ff. BGB im Übrigen ein den Verwaltungsaufwendungen entsprechender Schadenersatz vereinbart. Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadenersatzansprüchen durch die BARMER GEK bzw. TK bleiben hiervon unberührt.
10. Bei Missachtung von Kennzeichnungen eines anderen Eigentümers ist der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, dem Eigentümer eine finanzielle Entschädigung in Höhe der für dieses Hilfsmittel vereinbarten Versorgungspauschale zu gewähren.
11. Soweit der Mitgliedsbetrieb seine Beratungspflicht aus § 10 Ziffer 4 des Vertrages über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien, den Maßgaben der ärztlichen Verordnung in vollem Umfang entsprechenden Versorgung verletzt und der Versicherte hierdurch zum Kauf eines aufzahlungspflichtigen Hilfsmittels veranlasst wurde, verpflichtet sich der Mitgliedsbetrieb, dem Versicherten die Differenz zwischen dem für die aufzahlungspflichtige Versorgung gezahlten Gesamtpreis und dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung in diesem Fall ausreichende Versorgung zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn der Mitgliedsbetrieb die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat. Die Beratungspflicht nach Satz 1 ist erfüllt, wenn der Versicherte die Erklärung zur höherwertigen Versorgung unterschrieben hat und der Mitgliedsbetrieb diese Erklärung vorlegen kann. Im Falle des Satzes 1 ist die Versorgung mit dem gelieferten Hilfsmittel mit dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung ausreichende Versorgung abgegolten.

§ 17 Aufsichtsbehördliche Prüfung

Die BARMER GEK bzw. TK wird diesen Vertrag gem. § 71 Abs. 4 SGB V ihrer Aufsichtsbehörde vorlegen. Der Vertrag wird unter dem Vorbehalt geschlossen, dass die Aufsichtsbehörde diese innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage nicht beanstandet. Bei einer Beanstandung werden die vertragsschließenden Parteien kurzfristig neue Verhandlungen führen.

§ 18 Laufzeit und Kündigung

1. Der Vertrag gilt ab dem **01.09.2013**.
2. Der Vertrag und seine Anlagen können mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum **30.06.2017** schriftlich gekündigt werden. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt. Bei separater Kündigung der Anlagen bleiben die nicht gekündigten Bestandteile des Vertrages weiterhin wirksam.
3. Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem Mitgliedsbetrieb erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Mitgliedsbetrieb. Die Kündigungserklärung des Mitgliedsbetriebes erfolgt gegenüber dem Verband. Soweit die Kündigung des Vertrages durch den oder gegenüber dem Verband erklärt wird, gelten gleichzeitig sämtliche Verträge mit den angeschlossenen Mitgliedsbetrieben als gekündigt.

4. Mit Wegfall der letzten gültigen Anlage zu diesem Vertrag durch Kündigung oder Ausschreibung gilt der Rahmenvertrag als gekündigt.

§ 19 Schlussbestimmungen

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages zunächst einvernehmlich zu klären.
2. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon unberührt. In diesen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Wuppertal, den

Hamburg, den

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse

Nikolaus Schmitt
Abteilungsleiter

Wolfgang Flemming
Fachbereichsleiter

Hannover, den

Zentralverband Orthopädie-Schuhtechnik

(Werner Dierolf)
Präsident

(Oliver Dieckmann)
Hauptgeschäftsführer

Zusatz A1 zum Rahmenvertrag

Verfahren für Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen der BARMER

Mit Abschluss des Rahmenvertrages verpflichtet sich der Mitgliedsbetrieb für alle Versorgungsleistungen von BARMER Versicherten ausschließlich Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge in elektronischer Form einzureichen. Dies gilt auch für alle Produktbereiche, die nicht von diesem Rahmenvertrag und seinen Anlagen, sondern durch anderweitige Verträge zwischen der BARMER und dem Mitgliedsbetrieb geregelt sind.

Besteht für den Mitgliedsbetrieb die Verpflichtung zur Einreichung einer Versorgungsanzeige zur leistungsrechtlichen Prüfung des Versorgungsvorschlages oder eines Kostenvoranschlages zur leistungsrechtlichen und inhaltlichen Prüfung des Versorgungsvorschlages, sind die nachfolgenden Regelungen zwingend zu beachten.

1. Datenannahmestelle für Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge

1. Für die Bearbeitung von Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschlägen setzt die BARMER eine elektronische Hilfsmittel-Plattform (derzeit ZHP.X3) ein, die durch einen externen Dienstleister, derzeit HMM Deutschland GmbH, Eurotec-Ring 10, 47445 Moers (im Folgenden Dienstleister genannt) für die BARMER betrieben wird. Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge für die BARMER werden ausschließlich über diese Plattform angenommen und bearbeitet.
2. Die Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge sind online über die Hilfsmittel-Plattform an die BARMER zu senden. Die Internet-Adresse zum Ausfüllen der Online-Kostenvoranschläge und – Versorgungsanzeigen lautet:

www.x3-standard.de oder www.x3.net/x3-standard.html

Alternativ kann statt des Online-Kostenvoranschlages oder der Online-Versorgungsanzeige auch die Versendung eines vom Dienstleister zugelassenen elektronischen Dokuments verwendet werden. Die Erzeugung und der Versand des elektronischen Dokuments erfolgt von der eingesetzten Standard-Softwarelösung des Mitgliedsbetriebes, sofern im Funktionsumfang vorhanden. Die jeweils aktuelle Liste der Softwareprodukte, die das vom Dienstleister vorgeschriebene Format unterstützen, kann im Internet eingesehen werden unter der Adresse:

www.x3-standard.de oder www.x3.net/x3-standard.html

3. Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge, die an eine andere als die o. g. Stelle übermittelt werden, werden von der BARMER abgewiesen.

2. Form und Inhalt von Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschlägen

1. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, der BARMER die Versorgungsanzeige bzw. den Kostenvoranschlag in elektronischer Form im X3-Standard zu übermitteln.
2. Für die Übermittlung der Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge bestehen die folgenden technischen Übertragungswege:
 - a) Die Übertragung erfolgt über eine Schnittstelle zwischen der vom Mitgliedsbetrieb eingesetzten Software und der elektronischen Hilfsmittel-Plattform.
 - b) Die Versorgungsanzeige bzw. der Kostenvoranschlag wird vom Mitgliedsbetrieb direkt auf der elektronischen Plattform erfasst.
3. Umfassen Versorgungsanzeigen/Kostenvoranschläge Zurüstungen an einem Hilfsmittel, ist das maßgebliche Hilfsmittel mit seiner Hilfsmittelpositionsnummer an erster Stelle in der Versorgungsanzeige/im Kostenvoranschlag zu nennen.
4. Unvollständige oder auf anderen Wegen - als den vertraglich geregelten - übermittelte Versorgungsanzeigen/Kostenvoranschläge werden von der BARMER abgewiesen.

3. Übermittlung von begleitenden Unterlagen

1. Sehen der Rahmenvertrag oder seine Anlagen begleitende Unterlagen zu einer Versorgungsanzeige oder einem Kostenvoranschlag vor, sind diese Unterlagen zusammen mit der Versorgungsanzeige oder dem Kostenvoranschlag ebenfalls in elektronischer Form einzureichen.
2. Die Unterlagen sind als Anlage zur Versorgungsanzeige oder zum Kostenvoranschlag zu übermitteln (zulässig sind die Formate tif, tiff (inkl. Multipage-TIFF), jpeg, jpg, png, pdf, doc, rtf, xls, ppt). Die Anlagen dürfen keine Makros enthalten. Die Bildgröße ist auf DIN A4 zu beschränken. Die Auflösung sollte 600dpi nicht überschreiten.

4. Genehmigung

1. Hilfsmittel, für die die Anlagen zu diesem Vertrag eine Versorgungsanzeige oder einen Kostenvoranschlag vorsehen, bedürfen der Genehmigung durch die BARMER, sofern in den Anlagen bzw. in der Protokollnotiz zum Rahmenvertrag über die Genehmigungsfreigrenzen nichts Anderweitiges geregelt ist.

Genehmigungsfreie Leistungen sind **nicht** über die Hilfsmittel-Plattform an die BARMER zu senden, sondern können direkt abgerechnet werden.

Sofern im Einzelfall Gründe vorliegen, die bei grundsätzlich genehmigungsfreien Leistungen aus leistungsrechtlichen Gründen eine Vorlage zur Genehmigung erfordern, z. B

- der Versicherte wohnt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen oder einem Alten- oder Pflegeheim
- es handelt sich um eine Zweit- bzw. Doppelversorgung
- es handelt sich um eine Versorgung außerhalb des Vertragspreises (Sonderanfertigung, Sondergröße)

ist wie folgt vorzugehen:

1. Fallkonstellation:

Für das ausnahmsweise zu beantragende Hilfsmittel ist vertraglich nur die Hilfsmittelpositionsnummer ohne eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt:

Neben der Hilfsmittelpositionsnummer ist für die Beantragung die Positionsnummer für Produktbesonderheiten „**0000009000**“ anzugeben.

2. Fallkonstellation:

Der Vertrag sieht für das zu beantragende Produkt neben der Hilfsmittelpositionsnummer bereits eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten vor:

Für die ausnahmsweise Beantragung des Produktes ist die vorgesehene Positionsnummer für Produktbesonderheiten anzugeben. Diese ist jedoch an der 7. Stelle abzuändern. Anstelle der Ziffer „xxxxxx**0**xxx“ ist die „xxxxxx**9**xxx“ anzugeben. Die Änderung der Positionsnummer für Produktbesonderheiten ist **nur bei einer Beantragung** eines ansonsten genehmigungsfreien Hilfsmittels im Einzelfall vorzunehmen.

2. Die Genehmigung durch die BARMER erfolgt ausschließlich über die elektronische Plattform. Der Mitgliedsbetrieb wird über die elektronische Hilfsmittel-Plattform mittels eines Genehmigungsdatensatzes über neue Aufträge und deren Umfang informiert. Maßgeblich für den Beginn der Lieferfrist gem. § 7 Ziffer 12 des Rahmenvertrages ist der Zugang des Genehmigungsdatensatzes beim Mitgliedsbetrieb auf der Hilfsmittel-Plattform.

5. Auslieferungsbestätigung

Die Auslieferung einer Hilfsmittelversorgung/die Ausführung von Instandsetzungsarbeit, die zuvor von der BARMER genehmigt/autorisiert wurde, ist der BARMER bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln, elektronisch über die Hilfsmittel-Plattform durch den Mitgliedsbetrieb unter Angabe des Tagesdatums der Auslieferung/Ausführung zu bestätigen. Sollte die Auslieferung eines Hilfsmittels nach der Genehmigung nicht möglich sein, so ist dieses über die Hilfsmittel-Plattform unter Angabe der Verhinderungsgründe anzugeben.

Die Bestätigung ist für jede genehmigte Versorgungseinheit eines Hilfsmittels erforderlich. Die Mitteilung kann der Mitgliedsbetrieb ebenfalls mittels Schnittstelle (eingesetzte Branchensoftware zur Hilfsmittel-Plattform) übermitteln.

6. Entgelte

Für elektronische Versorgungsanzeigen sowie Kostenvoranschläge ist vom Mitgliedsbetrieb ein Entgelt an den Dienstleister zu entrichten. Die Einzelheiten hierzu regelt der Leistungserbringer in einer gesonderten Vereinbarung mit dem Dienstleister.

Zusatz A 2 zum Rahmenvertrag

Verfahren für Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen der TK

1. Elektronischer Kostenvoranschlag/Versorgungsanzeige

Der TK sind die Kostenvoranschläge/Versorgungsanzeigen gemäß § 6 des Rahmenvertrages elektronisch zu übermitteln. Die TK bedient sich dabei der internetbasierten Kostenvoranschlagsplattformen der Firmen

- medicomp Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH, Hoheloostr. 14, 67065 Ludwigshafen
- optadata.com GmbH, Leimkugelstraße 13, 45141 Essen
- Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart
- Quas GmbH, Gesellschaft für Internetanwendungen für Krankenkassen u. Organisationen im Gesundheitswesen, Vollersoder Str. 27, 27729 Vollersode.

Der Mitgliedsbetrieb stellt dabei seine Kostenvoranschläge in eine dieser Plattformen ein. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu vereinbaren. Aus dieser Plattform heraus werden der TK die Kostenvoranschläge übermittelt. Die TK wiederum übermittelt ihre Entscheidungsdaten (Genehmigungen/Ablehnungen) an die Internetplattform. Von dort werden sie dem Mitgliedsbetrieb zur Verfügung gestellt.

Die Betreiber der Kostenvoranschlagsplattformen sind vertraglich verpflichtet, Schnittstellen zu allen gängigen Branchensoftware-Produkten der Mitgliedsbetriebe vorzuhalten bzw. sofern nicht vorhanden, bei Bedarf zu schaffen.

Dem Mitgliedsbetrieb bleibt es überlassen, welche der vier genannten internetbasierten Kostenvoranschlagsplattformen er wählt.

Die ärztliche Verordnung und sonstige neben dem Kostenvoranschlag erforderlichen Dokumente (z.B. Zustandserhebungsbogen für die Kompressionsversorgung lymphologischer Patienten) sind im TIFF- bzw. PDF-Format zu übermitteln. Die Speicherung mehrerer Images innerhalb einer Datei (Multipage-TIFF) ist zugelassen. Im Falle der Verordnung sind im Image Vorder- und Rückseite abzulegen. Die maximale Größe einzuscannender Dokumente beträgt DIN A4. Die maximale Größe je Image darf 2 MB nicht überschreiten. Die Auflösung der eingescannten Dokumente muss sich im Bereich von 150 bis 200 dpi bei einer Tiefe von 256 Graustufen (8 Bit) bewegen. Dokumente, die z. B. mit einer Textverarbeitung erzeugt werden, sind für die Übermittlung in das PDF-Format zu konvertieren. Werden Graphiken eingebunden, unterliegen diese den oben beschriebenen Restriktionen separat übermittelter Tiff-Dateien.

Anlage 1 zum Rahmenvertrag

**Vereinbarung über die Lieferung von orthopädischen Maßschuhen, orthopädischen
Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierten Therapieschuhen und
Änderungen/Instandsetzungen an orthopädischen Schuhen sowie Sonstigem
(Produktgruppe 31)**

§ 1 Liefervoraussetzungen

1. Grundlage für die Auswahl der geeigneten Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen ist die ärztliche Verordnung. Enthält die ärztliche Verordnung keine konkreten Angaben zur erforderlichen Versorgung, ermittelt der Leistungserbringer auf Basis des Befundes und der Zuordnungstabelle in Anhang 1a zur Anlage 1 die für den Versicherten notwendige Versorgung. Kommen mehrere Kategorien bei einem Befund in Betracht, sind die erforderlichen Ausstattungsmerkmale der orthopädischen Maßschuhe maßgeblich für die Auswahl der Kategorie. In diesen Fällen ist die Auswahl der bedarfsgerechten Kategorie unter Anwendung der Zuordnungstabelle in Anhang 1a zur Anlage 1 immer mit der niedrigst möglichen Kategorie zu beginnen („Kaskaden-Versorgung“).
2. Nach der Auswahl der geeigneten Versorgung erstellt der Leistungserbringer den individuellen Leisten.
3. Für preislich geregelte Produkte ist der Kasse im Vorfeld der Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen eine Versorgungsanzeige gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages unter Beifügung der ärztlichen Verordnung zur leistungsrechtlichen Prüfung einzureichen. Für die Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen ist der Versorgungsanzeige gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages das in Anhang 1c zur Anlage 1 geregelte Formular beizufügen.

Wird ein Versicherter erstmalig mit orthopädischen Maßschuhen versorgt, ist dem MDK - auf dessen Verlangen oder auf Anforderung der Kasse - zusätzlich die Trittspur zu übersenden. Handelt es sich um eine Erstversorgung von Fußdeformitäten ist dem MDK ergänzend zu der Trittspur auf Anforderung eine Fotodokumentation übermitteln. Bei Folgeversorgungen mit orthopädischen Maßschuhen ist die Übermittlung der Trittspur und ggf. einer Fotodokumentation im Falle von Fußdeformitäten nur dann erforderlich, wenn sich die Indikation bzw. Kategorie im Vergleich zur vorangegangenen Versorgung ändert.

Anm.: Änderung des § 127 Abs. 5a SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 11. April 2017; rechtskonforme Anwendung von § 276 Abs. 2 SGB V

4. Es gilt eine Genehmigungsfreigrenze in Höhe von € 150,00 für den gesamten Produktbereich 31 Schuhe. Für die Zurichtung an konfektionierten Schuhen ist eine Versorgungsanzeige gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages von Versorgungsleistungen über 150 € zzgl. Mehrwertsteuer notwendig. Für die BARMER gilt der Gesamtwert der jeweiligen Versorgung, bei Schuhzurichtungen die Gesamtkosten aller erforderlichen Zurichtungen die für den Versicherten ausschlaggebend sind. Für die TK ist der Zeilenwert der Verordnung, das heißt die Hilfsmittelposition multipliziert mit der Anzahl, ausschlaggebend.
5. Bei Zurichtungen an konfektionierten Schuhen ist die als Anhang 2a zur Anlage 1 vereinbarte Patientenerklärung oder die Stempelösung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung vom Leistungserbringer auszufüllen und vom Versicherten zu unterschreiben. Dabei hat der Leistungserbringer die Angaben des Versicherten zu seinen Vorversorgungen mit seiner Dokumentation in der Patientendatei abzugleichen und durch Unterschrift die Richtigkeit der Angaben nach seiner eigenen Dokumentation zu bestätigen. Die

Patientenerklärung ist zwei Jahre vom Leistungserbringer aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

6. Die qualifizierte Versorgung von Diabetikern erfordert besondere Voraussetzungen:

- Die Versorgung kann erst nach einer ausführlichen ärztlichen Diagnostik des diabetischen Fußsyndroms vorgenommen werden.
- Es sind spezielle Kenntnisse des Leistungserbringers über Diabetes notwendig. Zur Versorgung von Diabetikern ist der Leistungserbringer daher nur dann berechtigt, wenn die Versorgung von Mitarbeitern durchgeführt wird, die erfolgreich den Kurs „Versorgung des diabetischen Fußes, Teil I-IV“ abgeschlossen haben und ein entsprechendes Zertifikat/Teilnahmebestätigung nachweisen können, dass den Richtlinien des ZVOS entspricht.
- Des Weiteren ist eine elektronische Druckverteilungsmessung in der gefertigten Versorgung (orthopädischer Maßschuh/Schutzschuh) erforderlich. Der Betrieb, der Diabetesversorgungen abgibt und abrechnet, muss daher ein Gerät zur elektronischen Druckverteilungsmessung für die Versorgung zur Verfügung haben.

Die Erfüllung der Voraussetzungen wird vom Vertragspartner in der Teilnehmerliste nach § 1 Ziffer 2 des Rahmenvertrages übermittelt.

7. Versorgungen nach dieser Anlage sind in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach § 127 Abs. 4a Satz 1 SGB V ist der Kasse auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Für die sonstige personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung eines Versicherten gilt dies nur, soweit der Versicherte hierin nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat. Orthopädische Maßschuhe sind mit dem Fertigungsdatum und dem Namen des Leistungserbringers zu kennzeichnen.

***Anm.:** Änderung des § 127 Abs. 5a SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 11. April 2017; rechtskonforme Anwendung von § 276 Abs. 2 SGB V*

8. Abweichend von § 1 Ziffer 15 des Rahmenvertrages können vom Leistungserbringer verwendete Formulare von der in diesem Vertrag vereinbarten Form abweichen, wenn sie den Inhalten der in diesem Vertrag geregelten Formulare entsprechen.

§ 2 Leistungspflicht

1. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass orthopädische Maßschuhe grundsätzlich mindestens 2 Jahre und orthopädische Haus-, Sport- und Badeschuhe mindestens 4 Jahre funktionsfähig bleiben. Eine Ersatzbeschaffung kommt damit bei orthopädischen Maßschuhen grundsätzlich erst nach 2 Jahren und bei orthopädischen Haus-, Sport- und Badeschuhen erst nach Ablauf von 4 Jahren in Betracht.

2. Für Versicherte, die einen Anspruch auf die Versorgung mit orthopädischen Hausschuhen haben, übernehmen die BARMER bzw. die TK die Kosten für ein Wechselpaar Hausschuhe, wenn der Versicherte aufgrund seiner Lebenssituation anstatt Straßenschuhe überwiegend Hausschuhe benötigt (z.B. Heimbewohner) und auch außerhalb der Wohnung auf die Nutzung von Hausschuhen angewiesen ist (z.B. rollstuhlbedürftige Versicherte).
3. Ein Anspruch der Versicherten der BARMER und TK auf Versorgung mit orthopädischen Badeschuhen besteht nur dann, wenn die Badeschuhe im Zusammenhang mit anderen medizinisch-therapeutischen Leistungen, wie z.B. Wassergymnastik ärztlich verordnet werden, für deren Ausführung Badeschuhe erforderlich sind.
4. Ein Anspruch der Versicherten der BARMER und TK auf Versorgung mit Sportschuhen besteht nur dann, wenn sie zur Teilnahme an anderen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erforderlich sind (z. B. Funktionstraining/Reha-Sport oder Krankengymnastik nach § 32 SGB V) und die Leistungen auf Dauer ärztlich verordnet werden. Die Kasse übernimmt des Weiteren die Kosten für Sportschuhe, soweit diese für die im Rahmen der Schulpflicht vorgesehene Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

§ 3 Leistungsvergütung

1. Die Preise für orthopädische Maßschuhe, orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierte Therapieschuhe sowie Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh und Sonstiges ergeben sich aus den Anhängen 1, 2, 3 und 4. Die angegebenen Preise sind Nettopreise zzgl. der jeweils geltenden Mehrwertsteuer. Von den Abrechnungspreisen ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des Versicherten sowie ggf. der jeweils aktuelle Eigenanteil des Versicherten am allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens abzuziehen.
2. In den Preisen sind alle für die Versorgung erforderlichen Leistungen sowie Anproben enthalten, soweit in den Anhängen nichts anderes geregelt ist.
3. In den Kategorien 3 bis 5 sind bei der Versorgung von Diabetikern bei entsprechender ärztlicher Verordnung einer Diabetesausstattung die in Anhang 1e vorgesehenen Vergütungspauschalen für den orthopädischen Maßschuh inklusive Diabetesausstattung abrechnungsfähig. Der Zuordnung der Risikogruppen beim Diabetischen Fußsyndrom zu den vereinbarten Versorgungskategorien liegt das in Anhang 1b dargestellte Schema zugrunde.
4. Für in dieser Vereinbarung nicht preislich geregelte Produkte gilt eine generelle Verpflichtung zum Einreichen eines Kostenvorschlags gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages. Die Vorlage eines Kostenvorschlages ist bis auf Widerruf durch die Kasse nicht notwendig, wenn der Wert des Hilfsmittels 150 € netto nicht überschreitet.

5. Eine separate Abrechnung nach Position 31.03.06.004 „Leistenumstellung nach Maß“ ist nur dann möglich, wenn aufgrund von Veränderungen der Fußform bei Erwachsenen der Fuß um mindestens 1,5 cm länger, dicker oder dünner geworden oder bei Kindern ggf. bereits bei kleiner abgestuften Veränderungen aufgrund von Wachstum oder anatomischen Veränderungen eine Leistenumstellung erforderlich ist. In beiden Fällen ist eine ärztliche Verordnung über die Leistenumstellung zwingend erforderlich.
6. Eine Passformgarantie gilt für alle Schuhformen 6 Monate nach Auslieferung und Abnahme der Schuhe. In dieser Zeit werden grundsätzlich keine Leistungen von der Barmer bzw. TK vergütet.
7. Ist nach der Auslieferung und Abnahme des Schuhs/der Schuhe aus in der Person des Versicherten liegenden Gründen (z. B. geändertes Krankheitsbild, Wachstum) eine Änderung, Ergänzung oder Instandsetzung eines orthopädischen Maßschuhs erforderlich, so ist hierfür der Barmer bzw. TK ein gesonderter Kostenvoranschlag gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages zur Genehmigung einzureichen. Im Kostenvoranschlag ist die Schuhart (Straßenschuh/Hausschuh etc.) sowie der Grund für die Leistung anzugeben. Die Passformgarantie von 6 Monaten gilt in diesen Fällen nicht.

§ 4 Gutachterverfahren

1. Gem. § 9 des Rahmenvertrages kann die Kasse die Qualität der Versorgung durch den MDK prüfen lassen. Werden vom Leistungserbringer bei Streitigkeiten über die Qualität der durchgeführten Versorgung Gutachten des MDK nicht anerkannt, muss der Leistungserbringer ein Gutachterverfahren durch öffentlich bestellte und vereidigte Gutachter für das Orthopädieschuhtechnikerhandwerk beantragen.
2. Das Ergebnis des Gutachterverfahrens ist für die Kasse und die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer bindend.
3. Die Kosten des Gutachterverfahrens werden bei berechtigten Beanstandungen des MDK-Gutachtens von der Kasse, ansonsten vom Leistungserbringer getragen.
4. Eine aktuelle Liste der vereidigten Gutachter kann über den Link <https://www.svd-handwerk.de/suche.php> eingesehen werden.

§ 5 Dauer der Vereinbarung

Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2017 in Kraft. Sie wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 30.06.2021 schriftlich gekündigt werden.

Protokollnotiz zum RAHMENVERTRAG PG 31 Schuhe – gültig ab 01.09.2013

Vereinbarung über die Lieferung von orthopädischen Maßschuhen, orthopädischen Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierten Therapieschuhen und Änderungen/Instandsetzungen an orthopädischen Schuhen sowie Sonstigem

zwischen der

BARMER

Lichtscheider Str. 89

42285 Wuppertal

- im folgenden BARMER genannt -

und der

Techniker Krankenkasse

Bramfelder Str. 140

22305 Hamburg

- im folgenden TK genannt -

und

dem Zentralverband für Orthopädieschuhtechnik

Ricklinger Stadtweg 92

30459 Hannover

- im folgenden Verband genannt -

Die Vertragspartner sehen bei dem im Rubrum benannten, ungekündigten Vertrag infolge veränderter rechtlicher Rahmenbedingungen die Notwendigkeit zur Anpassung. Änderungen der betroffenen Vertragsbedingungen inkl. der dazugehörigen Anlagen gelten ab dem 01.10.2017. Die Vertragsunterzeichnung erfolgt an unterschiedlichen Tagen. Die vertraglichen Verhältnisse bei der Durchführung der einzelnen Versorgung richten sich danach, ob die Versicherung bei der BARMER bzw. TK besteht. Die Anmerkungen enthalten Hinweise auf den Grund der Änderung.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

Ziffer 1 wird künftig wie folgt ersetzt:

Jeder Mitgliedsbetrieb sowie dessen Filialen haben die Voraussetzungen des § 126 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in Form der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung zu erfüllen. Sie haben die Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen des so genannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1a SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung nach den hierfür geltenden Vorschriften durch Vorlage einer Bestätigung einer gemäß § 126 Abs. 2 SGB V akkreditierten Stelle nachzuweisen. Die Sätze 3 bis 6 entfallen ersatzlos.

Anm.: Änderung des § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 11. April 2017; eine Einzelprüfung erfolgt nur noch im Rahmen des § 127 Abs. 3 SGB V

§ 7 Leistungserbringung

Ziffer 6 wird künftig wie folgt ersetzt:

Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Leistungserbringer den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung. Er hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche der mit diesem Vertrag geregelten Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Beratung ist von ihm schriftlich zu dokumentieren und muss vom Versicherten mittels Unterschrift bestätigt werden.

Im Falle des § 10 Absatz 4 dieses Vertrages sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen über die Höhe der von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Auch diese Beratung ist vom Leistungserbringer schriftlich zu dokumentieren und vom Versicherten durch seine Unterschrift zu bestätigen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der BARMER bzw. TK die vom Versicherten unterschriebenen Vereinbarungen auf Anfrage in Kopie zur Verfügung zu stellen.

Die notwendige Nachbetreuung ist zu gewährleisten.

§ 127 Abs. 4a SGB V in Verbindung mit § 127 Abs. 5a Satz 4 SGB V sieht vor, dass die Leistungserbringer eine personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung führen, die die BARMER bzw. TK mit Einwilligung des Versicherten zur Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten des Leistungserbringers anfordern darf. Über die Inhalte dieser Dokumentation werden sich die Verhandlungspartner kurzfristig einigen.

Anm.: Änderung des § 127 Abs. 4a Satz 1 und 2 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 11. April 2017;

Ziffer 16 wird künftig wie folgt ersetzt:

Die Auslieferung des Hilfsmittels ist der BARMER bzw. TK per Empfangsbestätigung des Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung nachzuweisen. Quittierungen im Voraus oder Nachhinein sind unzulässig. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Empfangsbestätigung zu archivieren. Eine elektronische Archivierung ist zulässig. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Empfangsbestätigungen für Lieferungen für 2 Jahre nach Rechnungseingang bei der BARMER bzw. TK vorgelegt werden können.

§ 8 Produkthanforderungen

Ziffer 4 wird künftig wie folgt ersetzt:

Der Leistungserbringer übernimmt unabhängig von der Versorgungsform alle Verpflichtungen einschließlich der personellen Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Produkten aus dem Medizinproduktegesetz und den sonstigen Sicherheitsvorschriften ergeben.

§ 9 Qualitätsprüfung

Ziffer 1 wird künftig wie folgt ersetzt:

Die BARMER bzw. TK überwachen die Einhaltung der vertraglich und gesetzlichen Pflicht in der hierfür gesetzlich vorgesehenen Form, vgl. hierzu § 127 Abs. 5a SGB V.

§ 10 Vergütung

Ziffer 4 wird künftig wie folgt ersetzt:

Die Erhebung eines Eigenanteils/einer Aufzahlung gegenüber den Versicherten der BARMER bzw. TK für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß dieses Vertrages durch den Leistungserbringer ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig, ausgenommen anders lautender Regelungen in den Anlagen oder für den Fall, dass der Versicherte - trotz ausführlichen Hinweises und Beratung durch den Leistungserbringer - eine höherwertige Versorgung wünscht, als medizinisch notwendig und vertraglich vereinbart ist. Im Fall einer höherwertigen Versorgung hat der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren, dass die BARMER bzw. TK die hierdurch entstehenden Mehrkosten einschließlich der ggf. höheren Reparaturleistungen nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Vor Lieferung ist hierzu mit dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen, die folgenden Text enthält:

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.“

Anm.: Änderung des § 127 Abs. 5a SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 11. April 2017;

§ 12 Rechnungslegung

Ziffer 1 wird künftig wie folgt ersetzt:

Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Die Abrechnung kann, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, zweimal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei der von der BARMER bzw. TK benannten Abrechnungsstelle erfolgen.

Abrechnungsstelle der BARMER ist derzeit:

DDG-Rechnungsprüfstelle der BARMER,
Postfach,
45120 Essen

Abrechnungsstelle der TK ist derzeit:

Postanschrift

Techniker Krankenkasse
DAVASO
Sommerfelder Str. 120
04316 Leipzig

Postfachanschrift

Techniker Krankenkasse
DAVASO
Postfach 500554
04305 Leipzig

Anm.: Namentliche Änderung des Abrechnungsdienstleisters der TK

Ziffer 7 wird künftig wie folgt ersetzt:

In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:

- IK des versorgenden Leistungserbringers,
- Versichertendaten, insbesondere die Krankenversicherungsnummer,
- 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:
 - Hilfsmittelpositionsnummer
 - Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V erfolgen oder
 - Angabe der Pseudonummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag,
 - ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
 - bei höherwertigen Versorgung: Hilfsmittelpositionsnummer des tatsächlich abgegebenen Produktes,
- Kennzeichen Hilfsmittel,

- Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung,
- Rechnungs- und Belegnummer,
- Bruttowert der Verordnung und zu zahlender Zuzahlungsbetrag, sofern nicht zuzahlungsbefreit
- mit dem Versicherten abgerechnete Mehrkosten nach § 33 Abs.1 Satz 5 SGB V mit Inkrafttreten der Technische Anlage (Version 11) für die maschinelle Datenübermittlung zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkasse nach § 302 Abs. 2 SGB V mit "Sonstigen Leistungserbringern zum 01.01.2018
- bei Abrechnung von Dauerverordnungen: Angabe des Versorgungsmonats mit Von- und Bis- Datum,
- von der BARMER bzw. der TK vergebenes Genehmigungskennzeichen.

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Regelungen des § 10 Ziffer 7 sind zu beachten.

Anm.: Änderung des § 302 Abs. 1 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) zum 11. April 2017

§ 15 Datenschutz

wird künftig wie folgt ersetzt:

1. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden. Der Verband sowie der Leistungserbringer verpflichtet sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der Datenschutzgesetze – insbesondere der Bestimmungen des SGB X – zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
2. Der Verband, der Leistungserbringer sowie die beauftragten Abrechnungsstellen unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der BARMER bzw. TK, soweit die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und die Angaben zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der BARMER bzw. TK erforderlich sind.
3. Der Verband sowie der Leistungserbringer haben ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten. Die §§ 35 und 37 SGB I sowie die §§ 67 bis 85a SGB X sind zu beachten.

§ 16 Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen, Kündigung

Ziffer 6 wird künftig wie folgt ersetzt:

6. Auf Seiten der BARMER und TK liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages berechtigt, dann vor, wenn der Verband bzw. der Leistungserbringer:
 - a) eine ausreichende Versorgung mit den vertraglich geschuldeten Leistungen nach Maßgabe der vereinbarten Anlagen nicht mehr sicher stellen kann,
 - b) fortgesetzt seine Verpflichtung zur unverzüglichen Einreichung einer aktualisierten Teilnehmerliste bei der BARMER und TK verletzt,
 - c) Vertragsverstöße in einem Umfang verursacht, welche es der BARMER und TK unzumutbar machen, an dem Vertrag festzuhalten,

- d) den Regelungen der in § 1 Ziffer 8 genannten Anhänge zuwiderhandelt,
- e) Werbemaßnahmen zuwider der Regelung des § 14 Ziffer 5 vornimmt,
- f) gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt,
- g) der Verpflichtung zur Dokumentation gemäß § 7 Ziffer 6 nicht in dem erforderlichen Umfang nachkommt. Das gleiche gilt für den Fall, dass er die sonstigen Dokumentationspflichten aus diesem Vertrag nicht erfüllt.

§ 18 Laufzeit und Kündigung

Ziffer 2 wird künftig wie folgt ersetzt:

Der Vertrag und seine Anlagen können mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 30.06.2021 schriftlich gekündigt werden. Mit Wegfall der letzten gültigen Anlage zu diesem Vertrag durch Kündigung oder Ausschreibung gilt der Rahmenvertrag als gekündigt.

Wuppertal, den

BARMER

Hamburg, den

Techniker Krankenkasse

Hannover, den
Zentralverband für Orthopädieschuhtechnik

(Werner Dierolf)
Präsident

(Oliver Dieckmann)
Hauptgeschäftsführer

Anhang 2

zum Rahmenvertrag über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln der PG 31 (Schuhe) für KKH spezifische Regelungen

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS): 19 99 H61

1. Abweichend von den Regelungen des Anhangs 1 (PG 31 Barmer / TK-Vertrag) verzichtet die KKH auf das Einreichen von Versorgungsanzeigen.
2. Grundsätzlich gilt bei der KKH das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren, sofern Leistungen durch folgende Regelungen nicht von der Genehmigung befreit sind:
 - konfektionierte Therapieschuhe (31.03.03) sind bis 110,00 € netto auf **Positionsebene** genehmigungsfrei; davon ausgeschlossen sind die vertraglich vereinbarten 10-Steller
 - orth. Zurichtungen am konfektionierten Schuh (31.03.04) sind bis 220,00 € netto auf **Verordnungsebene** genehmigungsfrei
 - Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh (31.03.05) sind bis 220,00 € auf **Verordnungsebene** genehmigungsfrei.
3. Hinsichtlich der Therapieschuhe für Diabetiker (31.03.08.xxxx) gelten folgende Grundsätze:
 - Die Versorgung hat bei Versicherten mit Diabetischen Polyneuropathien, einschließlich ausgeprägter Neuropathie, grundsätzlich nicht mit fersen- oder zehenoffenen Schuhen zu erfolgen.
 - Sofern die ärztliche Verordnung ausdrücklich die Notwendigkeit von fersen- oder zehenoffenen Schuhen bescheinigt, behält sich die KKH die Einschaltung des MDK vor.
 - Sofern die ärztliche Verordnung nicht ausdrücklich die Notwendigkeit von fersen- oder zehenoffenen Schuhen bescheinigt, hat der verordnende Arzt bei der Auswahl einer fersen- und zehenoffenen Versorgung die Notwendigkeit ggf. mittels einer neuen Verordnung zu bescheinigen bzw. zu begründen.
 - Der teilnehmende Betrieb hat den Versicherten der KKH mittels der Anlage 3 (*Patienteninformation über zehen- und fersenfreie Schuhversorgung*) zu informieren und über die gesundheitlichen Risiken aufzuklären. Die Patienteninformation ist von dem Versicherten zu unterzeichnen und bei Antragstellung vom teilnehmenden Betrieb beizufügen.

4. Gemäß § 4 Abs. 3 Rahmenvertrag sind die Teilnehmerlisten der Leistungserbringerverbände im Excelformat 2003 (oder einer Version bis Excel 2013) elektronisch (per E-Mail an die Adresse: zhm@kkh.de) zu übermitteln. In der Betreffzeile der E-Mail ist der Leistungserbringergroupenschlüssel (LEGS 19 XX XX) des Vertrages anzugeben. Die Liste umfasst folgende Form und Inhalte:

	A	B	C
1	LEGS XXXXXX		
2	[IK-Nummer]	[Datum Vertragsbeginn TT.MM.JJJJ]	[Firmenname]

5. Für die Differenzierung zwischen Erwachsenen-/ und Kinderersorgungen sowie Wechsel- und Unpaarersorgungen ist die Angabe folgender Produktbesonderheiten sowohl beim Antrag, als auch bei der Abrechnung erforderlich:

Übersicht der Produktbesonderheiten je Produktart

Produktbezeichnung	Produktart	Kennzeichen	Eigenanteil pro Paar		Produktbesonderheiten						
			Erwachsene (ab Vollendung des 16. Lebensjahres)	Kinder (16. Lebensjahr noch nicht vollendet)	Erwachsene (Paar)	Kinder (Paar)	Wechseelpaar bei Erstbeschaffung Erwachsene	Wechseelpaar bei Erstbeschaffung Kinder	Paarige Versorgung Kind und Erw.	Unpaar Erwachsene	Unpaar Kinder
Maßschuhe der Kategorie 3-5											
Orthopädische Straßenschuhe	31.00	00	76,00 €	45,00 €	99A4020001	99A4020009	0000600001	1200600009			
		04	76,00 €	45,00 €	99A4020001	99A4020009	-	-			
		06	76,00 €	45,00 €	99A4020001	99A4020009					
Orthopädische Hausschuhe	31.00	00	40,00 €	20,00 €	99A4020002	99A4020010	0000600002	1200600010			
		04	40,00 €	20,00 €	99A4020002	99A4020010	-	-			
		06	40,00 €	20,00 €	99A4020002	99A4020010					
Orthopädische Sportschuhe	31.00	00	30,00 €	20,00 €	99A4020003	99A4020011	0000600003	1200600011			
		04	30,00 €	20,00 €	99A4020003	99A4020011	-	-			
		06	30,00 €	20,00 €	99A4020003	99A4020011					
Orthopädische Badeschuhe	31.00	00	14,00 €	14,00 €	99A4020004	99A4020012	0000600004	1200600012			
		04	14,00 €	14,00 €	99A4020004	99A4020012	-	-			
		06	14,00 €	14,00 €	99A4020004	99A4020012					
Orthopädische Interimsschuhe	31.00	00	-	-	-	-	-	-			
		04	-	-	-	-	-	-			
		06	-	-	-	-	-	-	-		
Konfektionierte Schuhe											
Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkbandschädigung	31.03.03.0	00	76,00 €	45,00 €	99A4020005	99A4020013					
		04	76,00 €	45,00 €	99A0200005	99A4020013					
		00	76,00 €	45,00 €	99A4020006	99A4020014					
Stabilisationsschuhe bei Achillessehnenbeschädigung	31.03.03.1	04	76,00 €	45,00 €	99A4020006	99A4020014					
		00	76,00 €	45,00 €	99A4020007	99A4020015					
		04	76,00 €	45,00 €	99A4020007	99A4020015					
Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen	31.03.03.2	00	76,00 €	45,00 €	-	-					
		04	76,00 €	45,00 €	-	-					
		00	-	-	-	-	0202000000	-			
Verbandschuhe (Kurzzeit)	31.03.03.3	04	-	-	-	-					
		00	-	-	-	-	0202000000	-			
		00	-	-	-	-	0202000000	-			
Verbandschuhe (Langzeit)	31.03.03.4	04	-	-	-	-					
		00	-	-	-	-	0202000000	-			
		04	-	-	-	-	0202000000	-			
Fußsteilentlastungsschuh	31.03.03.5	00	-	-	-	-					
		04	-	-	-	-	0202000000	-			
		00	-	-	-	-	0202000000	-			
Korrektursicherungsschuhe	31.03.03.6	00	-	45,00 €	-	99A4020017				1200480000	
		04	-	45,00 €	-	99A4020017				-	1200480000
		00	76,00 €	45,00 €	99A4020008	99A4020016				0200480000	1200480000
Schuhe über Beinorthese	31.03.03.7	04	76,00 €	45,00 €	99A4020008	99A4020016				0200480000	1200480000
		00	76,00 €	45,00 €	99A4020008	99A4020016				0200480000	1200480000
		04	76,00 €	45,00 €	99A4020008	99A4020016				0200480000	1200480000

Anlage 01: „Datenübermittlung“

1.	Kostenvoranschlag	1
1.1	Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)	1
1.2	Übermittlungsverfahren elektronischer Kostenvoranschlag.....	2
1.3	Übermittlung per Papierversion.....	2
2.	Elektronische Lieferbestätigung.....	2
3.	Zuständige Stellen für Rückfragen.....	3

1. Kostenvoranschlag

1.1 Notwendige Inhalte des Kostenvoranschlags (KVA)

Der Kostenvoranschlag enthält die folgenden Inhalte:

1. Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
2. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherten-Nr., *ersatzweise*: Anschrift des Versicherten),
3. Kennzeichen Hilfsmittel,
4. die entsprechende Nummern des Hilfsmittelverzeichnisses (10-steller) der gelisteten Hilfsmittel bzw. Zubehörteile der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel, im Einzelfall ist mindestens jedoch der 7-Steller des vertragsgegenständlichen Hilfsmittels anzugeben, welcher an den Stellen 8 bis 10 auszunullen ist (Bsp.: 31.03.03.0000),
5. genaue Hilfsmittelbezeichnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis sowie Hersteller und genauer Typenbezeichnung,
6. Gruppierungsnummer (Darstellung, welche Positionen des KVAs zu einer Hilfsmittelversorgung gehören - analog der technischen Anlage nach § 302 SGB V),
7. Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,
8. die vertragsärztliche Verordnung in Kopie.
9. Im Kostenvoranschlag ist der in der vereinbarten Vergütungsliste bzw. des Versorgungsvertrages festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" (LEGS) anzugeben. Im Kostenvoranschlag sind ausschließlich 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummern oder ggf. die in der Vergütungsliste geregelten Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

1.2 Übermittlungsverfahren elektronischer Kostenvoranschlag

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlages (eKV) durch den Leistungserbringer erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Weg. Die Entscheidungsdaten werden ebenfalls auf diesem elektronischen Weg zurückübermittelt.

Die KKH nutzt für die Übermittlung der eKV-Daten exklusiv die Dienstleistung der Firma:

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloostr. 14
67065 Ludwigshafen
Telefon: 0621 671 782 79
E-Mail: support@medicomp.de
Internet: www.medicomp.de

Die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlages darf ausschließlich über diese Dienstleistungsfirma erfolgen. Der Leistungserbringer hat sich zwecks Umsetzung direkt mit der o.g. Firma in Verbindung zu setzen. Die Kosten für die Übermittlung trägt der Leistungserbringer. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter zu vereinbaren.

1.3 Übermittlung per Papierversion

Der Kostenvoranschlag (KVA) in Papierversion und die vertragsärztliche Verordnung sind grundsätzlich an folgende Adresse per Post zu senden:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover.

In Ausnahmefällen, z.B. bei dringenden Versorgungen, können der Kostenvoranschlag und die vertragsärztliche Verordnung per Fax an das jeweils zuständige Hilfsmittelzentrum übermittelt werden. Die Zuständigkeit der Hilfsmittelzentren leitet sich aus dem Wohnort des Versicherten (Postleitzahl) ab. Bitte beachten Sie hierzu die beigefügte Übersicht „Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen“ unter Punkt 4 dieser Anlage.

Eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen und Verordnungen per E-Mail ist grundsätzlich unzulässig. Dies mit Rücksicht darauf, dass es sich bei den gesendeten Informationen um Sozialdaten handelt und das damit verbundene Risiko/ den damit verbundenen Aufwand. Für den Fall, dass eine Übermittlung von Kostenvoranschlägen per E-Mail erfolgen soll, bedarf dies einer vorherigen gesonderten schriftlichen Vereinbarung mit der KKH. Für diesen Fall ist eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende gängige Verschlüsselungsmethode zu verwenden.

2. Elektronische Lieferbestätigung

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die elektronische Lieferbestätigung an die KKH zu übermitteln, sofern die technischen Voraussetzungen gegeben sind. Der Leistungserbringer hat diese am nächsten Werktag nach erfolgter Auslieferung des Hilfsmittels an den Versicherten über den elektronischen Datenaustausch zu melden. Eine Lieferbestätigung muss auch erfolgen, wenn eine Teillieferung vorgenommen wurde. Der Lieferbestätigung ist ein vom Versicherten unterzeichneter Lieferschein (im Dateiformat TIF, JPEG, PDF) beizufügen und zu übermitteln. Die maximale Größe des Anhangs darf 4 MB nicht überschreiten.

Diese Lieferbestätigung dient dem Leistungserbringer als Nachweis zum Einhalt der in diesem Vertrag vereinbarten Lieferfristen.

3. Zuständige Stellen für Rückfragen

Hilfsmittelzentrum Bremen

Tel. 04 21.16 33 95-10 12
Fax 04 21.16 33 95-33 99

Hilfsmittelzentrum Gera

Tel. 03 65.55 28 6-0
Fax. 03 65.55 28 6-22 99

Erreichbarkeit:

Montag - Donnerstag von 08:00 bis 18:00 Uhr
Freitag von 08:00 bis 16:00 Uhr

Zuständigkeit der KKH-Hilfsmittelzentren nach Postleitzahlen:

von	bis	HMZ
01067	06318	Gera
06333	06343	Bremen
06347	06388	Gera
06406	06408	Bremen
06420	06425	Gera
06429	06449	Bremen
06456		Gera
06458	06548	Bremen
06556	16837	Gera
16845	16949	Bremen
17033	18609	Gera
19053	23968	Bremen
23970		Gera
23972		Bremen
23974	23992	Gera
23996		Bremen
23999		Gera
24103	36399	Bremen
36404	36469	Gera
37073	39249	Bremen
39261	39279	Gera
39288	67319	Bremen
67346	67360	Gera
67361	67363	Bremen
67365		Gera
67366		Bremen
67368	67376	Gera
67377	68723	Bremen
68753		Gera
68766	68782	Bremen

von	bis	HMZ
75045		Gera
75050		Bremen
75053		Gera
75056	75059	Bremen
75172	75399	Gera
75417	75449	Bremen
76131	76726	Gera
76744	76770	Bremen
76771	76774	Gera
76776		Bremen
76777		Gera
76779	76891	Bremen
77652	89547	Gera
89551		Bremen
89555	91413	Gera
91438	91443	Bremen
91448	91459	Gera
91460		Bremen
91462	91463	Gera
91465		Bremen
91466	91469	Gera
91471		Bremen
91472		Gera
91474		Bremen
91475		Gera
91477	91480	Bremen
91481		Gera
91483	91484	Bremen
91486	91489	Gera
91522	91555	Bremen

68789	68809	Gera
von	bis	HMZ
69115	69123	Bremen
69124		Gera
69126	69151	Bremen
69168	69190	Gera
69198		Bremen
69207		Gera
69214	69221	Bremen
69226	69234	Gera
69239		Bremen
69242		Gera
69245	69253	Bremen
69254		Gera
69256	69518	Bremen
70173	71409	Gera
71522	71579	Bremen
71634	71642	Gera
71665	71672	Bremen
71679	71701	Gera
71706	71739	Bremen
72070	73349	Gera
73430	73579	Bremen
73614	73630	Gera
73635	73642	Bremen
73650	73666	Gera
73667		Bremen
73669	73779	Gera
74072	74939	Bremen
75015		Gera
75031	75038	Bremen

91560	91564	Gera
von	bis	HMZ
91567	91572	Bremen
91575		Gera
91578		Bremen
91580		Gera
91583	91589	Bremen
91590		Gera
91592	91620	Bremen
91622		Gera
91623	91628	Bremen
91629		Gera
91631	91632	Bremen
91634		Gera
91635	91637	Bremen
91639	96149	Gera
96151		Bremen
96152	96158	Gera
96160		Bremen
96161	96529	Gera
97070	97999	Bremen
98527	99752	Gera
99755		Bremen
99759		Gera
99762		Bremen
99765		Gera
99768		Bremen
99817	99819	Gera
99826	99837	Bremen
99842	99998	Gera

Anlage 2 : Abrechnungsregelung

Abrechnungsmodalitäten

Grundsätzliches

Eine Leistung ist erst dann abrechenbar, wenn die Leistung vollständig beim Versicherten erbracht wurde. Teilleistungen wie z.B. Interimsversorgungen und Erprobungen dürfen nicht abgerechnet werden.

Zuständige Stelle für Abrechnungsregelung

Die zuständige Stelle für die Abrechnung mit der KKH lautet wie folgt:

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
c/o Abrechnungszentrum Emmendingen
An der B3 Haus Nr. 6
79312 Emmendingen
Telefonnummer des Kundenservice: 07641 9201-0

Rechnungslegung/Abrechnungsregelung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - Abrechnungsdaten,
 - Kennzeichen Hilfsmittel
 - 7-stelliger Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ (LEGS)
 - Abrechnungspositionsnummer
 - Versorgungszeitraum (von/bis)
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung)
 - Genehmigungsschreiben der KKH (bei Übermittlung per eKV ist kein Genehmigungsschreiben und kein Ausdruck der Genehmigung erforderlich)
 - Urbelege (wie Verordnungsblätter (Muster 16), jeweils im Original). Neben der Verordnung (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert der Auftraggeber im Einzelfall auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen (Krankenhausverordnung). Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein
 - Empfangsbestätigung des Versicherten bzw. Lieferschein
 - Angabe der Belegnummer bei Nachberechnungen auf Grund von Absetzungen oder Kürzungen früherer Rechnungen.
- (2) Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der KKH die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf

Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die KKH gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten hat die KKH dem Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

- (3) Der Leistungserbringer hat die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten, wenn die KKH die Voraussetzungen zur Annahme von Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern geschaffen hat.
- (4) Jeder neu Zugelassene ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Sofern ein Betrieb mehrere Filialen hat und die Abrechnungen zentral erstellt werden, muss auch für das zentrale Abrechner-IK eine Anmeldung vorgenommen werden.
- (5) Nimmt der Leistungserbringer erstmalig am maschinellen Abrechnungsverfahren mit einer Ersatzkasse teil, ist zunächst eine Erprobungsphase mit der KKH durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.
- (6) Die Erprobungsphase mit der KKH ist beendet, wenn der Leistungserbringer der datenannehmenden Stelle der KKH dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die KKH dem Zugelassenen keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.
- (7) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern im Sinne der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.
- (8) Die Rechnungslegung erfolgt je Zugelassenem für alle Versorgungs-/ Abrechnungsfälle monatlich bis zu zweimal. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der KKH benannten Stellen zu liefern (s. VdAK/AEV- Kostenträgerdatei unter der Adresse www.vdak-aev.de, Stichwort "Datenaustausch").
- (9) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte oder die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllende Abrechnungen sowie nicht korrekt vom Hilfsmittelanbieter ausgefüllte Urbelege/ Codierblätter werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.
- (10) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Kostenübernahmeerklärungen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) an die von der KKH benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen

Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen oder Codierblättern führen zur Abweisung der Rechnung. Die hieraus entstehenden Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -zahlungen sind nicht von der KKH zu verantworten.

- (11) Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.
- (12) Der Versicherte hat die Abgabe der Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Auf den vereinbarten Formularen ist an vorgesehener Stelle der Stempel der Firma anzubringen.
- (13) Der Zugelassene trägt auf dem Verordnungsvordruck die folgenden Angaben auf:
 1. IK des Zugelassenen (§ 1),
 2. 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer sowie Faktor der abgegebenen Leistung,
 3. Rechnungs- und Belegnummer,
 4. eingezogener Zuzahlungsbetrag und Bruttowert der Versorgung (Vertragspreis, Festbetrag, Durchschnittspreis oder Wert des Versorgungsvorschlags).
- (14) Anstelle der Auftragung der genannten Angaben auf dem Verordnungsblatt können die Angaben unter den folgenden Voraussetzungen auch auf dem separaten Codierblatt übermittelt werden.
- (15) Es ist zu jeder Verordnung ein separates Codierblatt zu erstellen, auf dem Codierblatt sind die o. g. Angaben vollständig aufzutragen, die Unterlagen zu einer Verordnung sind in der Sortierreihenfolge
 - Codierblatt,
 - Verordnung und
 - ggf. andere rechnungsbegründende Unterlagen zu der Verordnung

anzuliefern und die zu einer Verordnung gehörenden Unterlagen sind fest miteinander zu verbinden. Andere Vorschriften für die Übermittlung der Urbelege, mit Ausnahme der Beschriftung der Verordnung, werden durch diese Regelung nicht berührt. Ist eine der genannten Voraussetzungen für die Übermittlung von Codierblättern, insbesondere die feste Verbindung der Unterlagen nicht erfüllt, kann die Rechnung von der KKH zurückgewiesen werden.

- (16) Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V erfolgt durch den Zugelassenen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Berechnung der Zuzahlung für die einzelne Leistung erfolgt auf der Basis des Vergütungssatzes für die jeweilige Leistung (kaufmännisch gerundet). Die von den Versicherten an den Zugelassenen insgesamt zu zahlenden Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endbeträgen abzusetzen.
- (17) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel "Leistungserbringergruppe" anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsliste umfassten Leistungen abgerechnet werden.

- (18) Bei der Abrechnung ist für die Leistung ausschließlich die vereinbarte 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer der abgegebenen Leistung zu verwenden.
- (19) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die KKH dem Zugelassenen die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die zugehörigen Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen (nach Eingang des ersten Bestandteils der Abrechnung) bei den von der KKH benannten Stellen vorliegen, können die vorhandenen Datenlieferungen oder Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben werden. Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der KKH. Eine Abweisung der Gesamt-abrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:
- Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
 - Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen.
 - Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- (20) Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen darf die KKH zurückweisen.
- (21) Überträgt ein Zugelassener die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Zugelassene die KKH unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der KKH ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht, mitzuteilen.
- (22) Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
- (23) Der Zugelassene ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (24) Hat der Zugelassene dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die KKH mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der KKH durch Einschreiben-Rückschein zur Kenntnis zu bringen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der KKH an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
- (25) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 20 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Zugelassenen auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Leistungserbringer (Abrechnungsstelle) ist der KKH vorzulegen.

- (26) Für Anspruchsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG), dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesinfektionsschutzgesetz (BInfSchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist der KKH eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/ sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jede zugelassene Betriebsstätte/ Niederlassung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit der KKH verwendet.
- (2) Ein Zugelassener, der über mehrere Betriebsstätten verfügt (Filialunternehmen), kann seine Abrechnung für diese Betriebsstätten zentral vorzunehmen (analog einem externen Rechenzentrum). Er muss für diese zentrale Abrechnungsstelle ein von der fachlichen Zulassung unabhängiges, gesondertes IK beantragen.
- (3) Besitzt der Zugelassene neben der Abgabeberechtigung für Hilfsmittel die Abrechnungsberechtigung für weitere Leistungsbereiche, sind separate IK für die einzelnen Leistungsbereiche zu führen.
- (4) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, Telefon: 02241/231-1800 Fax: 02241/231-1334 zu beantragen.
- (5) Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die KKH oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (6) Das gegenüber der KKH verwendete IK ist bei der Zulassung mitzuteilen. Abrechnungen mit der KKH erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
- (7) Das IK des Zugelassenen ist in jedem Versorgungsvorschlag, jeder Abrechnung sowie im Schriftwechsel anzugeben. Versorgungsvorschläge/ Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem IK oder unbekanntem IK werden von der KKH abgewiesen.
- (8) Die unter dem gegenüber der KKH verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die KKH. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der KKH bei der Abrechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von Zahlungen an andere Kontoverbindungen z. B. wegen Pfändung, Insolvenz etc.

Anlage 3: "Patienteninformation"

Patienteninformation

Anlage zur Verordnung vom:.....
Name, Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Verordner:.....

Die KKH weist darauf hin, dass Versicherte mit Diabetischen Polyneuropathien samt ausgeprägter Neuropathie grundsätzlich nicht mit fersen- oder zehenoffenen Schuhen zu versorgen sind.

Patienten mit Neuropathie bedingtem Diabetischen Fuß-Syndrom (DFS) nehmen Schmerzen nicht mehr richtig wahr.

Bei dem Tragen von fersen- und/oder zehenoffenen Schuhen besteht das Risiko, dass bereits kleine Steinchen unbemerkt gefährliche Fußwunden verursachen oder Sandalenriemen die Haut schädigen. Schwerwiegende Wundversorgungen bis hin zu Amputationen können die Folge sein.

Diabetiker mit Neuropathie bedingtem DFS-Risiko brauchen atmungsaktive, geschlossene Schuhe mit weichem Fußbett. Innen sollte es keine Nähte geben, um druckgefährdete Stellen zu schonen.

DFS-Patienten müssen Schutz- oder Maßschuhe tragen; im fortgeschrittenen Stadium sind Verbands- oder Entlastungsschuhe angezeigt.

Ich erkläre hiermit, dass ich von meinem Fachbetrieb über die Risiken einer fersen- oder zehenoffenen Schuhversorgung aufgeklärt wurde.

.....
Datum/Unterschrift/Versicherter

.....
Stempel Orthopädie-Schuhtechniker