Leitfaden für den Vertragsbeitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
(PG 08/ PG 31 Beitrittsvertrag B 3)

Die KKH hat zum 01.11.2026 eine Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Einlagen PG 08 und Schuhe PG 31 geschlossen. Nachverhandlungen zum Vertrag B 2 vom 01.12.2022 führten zum Austausch des Rahmenvertrages, der Anlage 2.1, der Anlage 2.2, Anlage 4 sowie der Anlage 6.

Diesem Rahmenvertrag können andere Leistungserbringer / -verbände zu den gleichen Bedingungen beitreten. Der Vertrag hat eine unbefristete Laufzeit.

Für den Beitritt verwenden Sie bitte die beigefügte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt. Senden Sie bitte nur die vollständig ausgefüllte Beitrittserklärung inkl. Deckblatt[1] mit Ihrem Präqualifizierungszertifikat bevorzugt per **E-Mail** an folgenden Empfänger:

zhm@kkh.de

oder per Post an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Ein Beitritt kann je nach Präqualifizierung für die PG 08 und/oder PG 31 ausgesprochen werden. Zutreffendes ist je IK anzukreuzen. Bitte legen Sie die Präqualifizierung für alle Betriebstätten, für welche ein Beitritt erfolgen soll, anbei.
Bitte beachten Sie, doppelte Vertragszugehörigkeiten sind unzulässig. Sollten Sie in der Vergangenheit bereits der PG 31 beigetreten sein, so verstehen wir einen Neubeitritt als **Kündigung** Ihres bestehenden Vertragsverhältnisses.

Die Vertragsbestandteile der PG 08 gelten unverändert fort. Ggf. bereits bestehende Versorgungsberechtigungen gelten unverändert weiter.

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. Sind nachweislich alle Voraussetzungen zum Vertragsbeitritt erfüllt, erhalten Sie ein Bestätigungsschreiben. **Beachten Sie bitte, dass der Beitritt erst mit Zugang des Bestätigungsschreibens der KKH wirksam wird. Unter Berücksichtigung bereits vorhandener Vertragsabschlüsse (PG 31) sind aufgrund der Kündigungsfristen unterschiedliche Zeitpunkte zum Vertragsbeitritt möglich.**

Möchten **Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer** diesem Vertrag beitreten, verwenden Sie bitte die entsprechende Beitrittserklärung. Unabhängig von der Beitrittsmöglichkeit können mit der KKH auch Vertragsverhandlungen gemäß §127 Abs. 1 SGB V geführt werden.

Für Fragen zu dem Vertrag wenden Sie sich bitte direkt an:

Frau Leupold (E-Mail: bianca.leupold@kkh.de – Tel.: 0511 2802-3313)

[1] Für eine zweifelsfreie Zuordnung des Vertrages ist die Verwendung des Deckblattes unbedingt erforderlich.

Absender:

_____

_____

_____

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Hier: **Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Versorgung der Versicherten mit Einlagen (PG 08) und Schuhe (PG 31) (Beitrittsvertrag B 3 Preise ab 01.11.2026)**

Sehr geehrte Frau Leupold,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Einlagen (PG 08) und Schuhe (PG 31).

Mit freundlichen Grüßen

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

Rahmenvertrag vom 01.11.2026 über die Versorgung der Versicherten mit Einlagen (PG 08) und Schuhe (PG 31) Beitrittsvertrag B 3

Leistungserbringergruppenschlüssel:
Anlage 1.2 Vergütungsübersicht Einlagen (PG 08): **1999N97**
Anlage 2.2 Vergütungsübersicht Schuhe (PG 31): **1999Q25**

Leistungserbringer

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. 2 SGB V. Der Beitritt wird nach positiver Prüfung der eingereichten Unterlagen mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam.

   Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den Beitritt zu folgenden Produktgruppen *[Zutreffendes IK bitte eintragen und Produktgruppe ankreuzen.]*:

IK der Betriebsstätte	Beitritt **PG 08 Einlagen** LEGS 1999N97*	Beitritt **PG 31 Schuhe** LEGS 1999Q25

*unveränderte Version aus 2022, Neu-Beitritt bei bestehendem PG 08 Vertrag nicht notwendig

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 der Unterschrift bestätigen wir, eine Ausfertigung des o. g. Vertrages von der KKH ausgehändigt bekommen zu haben.

……..	……..
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Absender:

_____

_____

_____

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Referat Hilfsmittel
30125 Hannover

Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

Hier: **Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zum Rahmenvertrag über die Versorgung der Versicherten mit Einlagen (PG 08) und Schuhe (PG 31) (Beitrittsvertrag B 3 Preise ab 01.11.2026)**

Sehr geehrte Frau Leupold,

anbei erhalten Sie die unterzeichnete Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten der KKH mit Einlagen (PG 08) und Schuhe (PG 31).

Mit freundlichen Grüßen

Beitrittserklärung der Verbände, Innungen, sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
zum

Rahmenvertrag vom 01.11.2026 über die Versorgung der Versicherten mit Einlagen (PG 08) und Schuhe (PG 31) Beitrittsvertrag B 3

Leistungserbringergruppenschlüssel*:
Anlage 1.2 Vergütungsübersicht Einlagen (PG 08)
Anlage 2.2 Vergütungsübersicht Schuhe (PG 31)

Verband / Innung / sonstige Zusammenschlüsse

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. 2 SGB V. Der Beitritt wird nach positiver Prüfung der eingereichten Unterlagen mit Zugang der Bestätigung der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH wirksam.

2. Mit Abgabe dieser Beitrittserklärung beabsichtigen wir den

   □ Beitritt über die PG 08 Einlagen – **LEGS* 1999xxx** (Unveränderte Version aus 2022,

   Neu-Beitritt bei bestehendem PG 08 Vertrag nicht notwendig)

   □ Beitritt über die PG 31 Schuhe – **LEGS* 1999xxx**

…….. ……..
Ort, Datum Unterschrift und Stempel

*ihr persönlicher LEGS wird nach Abschluss Ihres Beitrittes generiert

Rahmenvertrag

gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

über die Versorgung der Versicherten der KKH - Kaufmännischen Krankenkasse mit Hilfsmitteln der Produktgruppe (PG) PG 08 – Einlagen und PG 31 – Schuhe

zwischen

_____
_____
_____
_____

- nachfolgend Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung genannt -

und

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

vertreten durch den Vorstand,
Karl-Wiechert-Allee 61,
30625 Hannover

- nachfolgend KKH genannt -

Präambel

In einer älter werdenden Gesellschaft wird die Versorgung mit Hilfsmitteln immer wichtiger. Versicherte müssen die richtigen Hilfen erhalten, um ihren Alltag trotz Einschränkung möglichst selbstbestimmt bewältigen zu können.

Die KKH sorgt für eine gute, qualitative und zeitgemäße Hilfsmittelversorgung. Der KKH sind Beratungs- und Betreuungsangebote für ihre Versicherten wichtig. Sie setzt sich dafür ein, dass die Versicherten immer zwischen verschiedenen Hilfsmitteln die Auswahlmöglichkeit für eine aufzahlungsfreie Hilfsmittelversorgung haben.

Dem Rahmenvertrag können gemäß § 127 Abs. 2 SGB V andere Leistungserbringer, Verbände und sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern zu den gleichen Bedingungen beitreten.

Unabhängig von einer Beitrittsmöglichkeit haben Leistungserbringer, Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer die Möglichkeit der Vertragsverhandlung mit der KKH.

Inhaltsverzeichnis

Präambel 3
§ 1 Gegenstand 5
§ 2 Vertragsbestandteile 5
§ 3 Geltungsbereich 5
§ 4 Teilnehmende Leistungserbringer 6
§ 5 Leistungsvoraussetzung 7
§ 6 Personelle Anforderungen 9
§ 7 Prüfrechte 9
§ 8 Beratung und Mehrkosten 10
§ 9 Auswahl des Hilfsmittels 11
§ 10 Qualität und Ausführung der Hilfsmittel 11
§ 11 Genehmigungsverfahren und Kostenvoranschlag (KVA) 11
§ 12 Versorgung 12
§ 13 Vergütung und Zuzahlung 12
§ 14 Abrechnung 13
§ 15 Haftung und Gewährleistung 13
§ 16 Vertragsverstöße 13
§ 17 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer, Vertragsärzten und medizinischen Einrichtungen 14
§ 18 Wettbewerb und Werbung 15
§ 19 Entfällt ..... Fehler! Textmarke nicht definiert.
§ 20 Datenschutz 15
§ 21 Insolvenz des Leistungserbringers 16
§ 22 Abtretung 16
§ 23 Vertragsbeginn, Laufzeit und Kündigung 16
§ 24 Schriftform 16
§ 25 Salvatorische Klausel 17

§ 1 Gegenstand

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten[1] der KKH mit den in den Anlagen aufgeführten Hilfsmitteln gemäß Hilfsmittelverzeichnis (HMVZ) nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Dienst- und Serviceleistungen, näher konkretisiert durch die Anlagen dieses Vertrages.

§ 2 Vertragsbestandteile

(1) Bestandteile des Vertrages sind:

- Rahmenvertrag

Anlagen:

- Anlage 1.1 Leistungsbeschreibung Einlagen (PG 08)
- Anlage 1.2 Vergütungsübersicht Einlagen (PG 08)
- Anlage 2.1 Leistungsbeschreibung Schuhe (PG 31)
- Anlage 2.2 Vergütungsübersicht Schuhe (PG 31)
- Anlage 2.3 Kategorisierungsschema
- Anlage 2.4 Indikationsliste
- Anlage 2.5 Ausstattungsbeschreibung für orthopädische Maßschuhe
- Anlage 2.6 Risikogruppen
- Anlage 2.7 Befunderhebungsbogen diabetischer Fuß
- Anlage 2.8 Patienteninformation über zehen- und fersenfreie Schuhversorgungen
- Anlage 3 entfällt
- Anlage 4 Abrechnungsregelung
- Anlage 5 Muster Beratungsdokumentation und Mehrkostenbestätigung des Versicherten
- Anlage 6 Muster Patientenerklärung

§ 3 Geltungsbereich

(1) Die Vertragspartner schließen den Vertrag als Rahmenvertrag und fungieren nicht als Leistungserbringer. Dieser Rahmenvertrag gilt für die Mitglieder (im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt) der vertragschließenden Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung. Die einzelnen Mitglieder nehmen durch eine gesonderte Beitrittserklärung an dem Vertrag teil. Leistungsbringer im Sinne dieses Vertrages sind die teilnehmenden Betriebe.

(2) Der Rahmenvertrag berechtigt und verpflichtet grundsätzlich, unter Berücksichtigung ggf. bestehender Wahlrechte der Versicherten, den Leistungserbringer zur Versorgung der Versicherten der KKH, die eine vertragsärztliche Verordnung für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel mit Wirkung ab Vertragsbeginn besitzen.

(3) Dieser Rahmenvertrag gilt für Versicherte, die ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

(4) Dem vorliegenden Vertrag können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit erscheint bei Personenangaben sowohl im Rahmenvertrag als auch in den Anlagen lediglich die männliche Schreibweise. Sämtliche Formulierungen beziehen sich dabei gleichermaßen auf alle Geschlechter.

(5) Die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung vertritt die allgemeinen, wirtschaftlichen, beruflichen und sozialen Interessen seiner Mitglieder. Zur fachlichen Interessenvertretung gehört die Vertretung gegenüber den Kostenträgern. Die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung sieht sich in der Rolle des wechselseitigen Dienstleisters und fungiert als Bindeglied zwischen seinen Mitgliedern und der KKH. Die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung informiert seine Mitglieder über den Vertragsabschluss, die wesentlichen Inhalte und Konditionen. Zudem klärt die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung Verständnisfragen für seine Mitglieder.

§ 4 Teilnehmende Leistungserbringer

(1) Der Vertragsbeitritt des Leistungserbringers ist gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung zu erklären. Die Leistungserbringer bestätigen schriftlich gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung, dass sie den vorliegenden Vertrag vollständig und uneingeschränkt gegen sich gelten lassen. Auf Verlangen der KKH sind diese unterzeichneten Bestätigungen bzw. Anlagen im Einzelfall vorzulegen.

(2) Die Voraussetzungen nach § 5 Absatz (Abs.) 1 Satz 1 hat der Leistungserbringer grundsätzlich durch Vorlage einer Bestätigung einer geeigneten Stelle (Präqualifizierungsstelle) gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V nachzuweisen. Der Nachweis ist gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung zu führen und der KKH auf Anforderung zu übermitteln.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Rahmen dieses Vertrages ausschließlich die Leistungen abzugeben, für die er zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine gültige Präqualifizierung besitzt und Verordnungen nur für diese Produktbereiche entgegenzunehmen.

(4) Mit Vertragsabschluss verpflichtet sich die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung die teilnehmenden Leistungserbringer der KKH zu melden. Dafür übermittelt diese/dieser eine Vertragspartnerliste der Leistungserbringer für den jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS). Die Vertragspartnerliste ist eigenständig von der Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung zu aktualisieren und regelmäßig fortzuschreiben. Die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung stellt zum Zeitpunkt der Meldung zum Vertrag sicher, dass die Leistungserbringer bei der Aufnahme in die Vertragspartnerliste die in diesem Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Entsprechende Nachweise sind der KKH für den Einzelfall auf ihr Verlangen unverzüglich vorzulegen.

(5) Die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung stellt der KKH spätestens 7 Tage vor Vertragsbeginn je eine Teilnehmerliste der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer, einschließlich deren Filialen, zur Verfügung. Anschließend übermittelt die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung die Vertragspartnerliste in den ersten sechs Monaten im 14tägigen Rhythmus, in der Folge monatlich einmal.

(6) Die Vertragspartnerliste ist in elektronischer Form in einem Windows™ kompatiblen Programm (ab Excel 2007) an zhm@kkh.de zu übermitteln. Die Liste umfasst folgende Form und Inhalte:

- Spalte A Status: vorbelegt mit 1
- Spalte B LE-IK (Institutionskennzeichen): Angabe des IK. Hier müssen alle Institutionskennzeichen angegeben werden, die weiterhin am Vertrag teilnehmen und die nicht mehr am Vertrag teilnehmen werden.
- Spalte C Name: Name des Mitgliedsbetriebes
- Spalte D Verband: Die Bezeichnung des Verbandes. Sofern Sie hier eine Bezeichnung eintragen, muss diese mit der systemseitig vorgegebenen Schreibweise von HMM übereinstimmen.
- Spalte E Gültig von: Beitrittsbeginn
- Spalte F Gültig bis: Beitrittsende (bei laufender Gültigkeit ist das Ende mit dem 31.12.9999 zu besetzen)
- Spalte G Regionen: Hier ist Angabe der Versorgungsbereiche auf PLZ-Ebene möglich. Als Region können sowohl einzelne PLZ mit Komma getrennt (ohne Leerzellen) aufgelistet werden als auch PLZ-Gebiete in den Formaten X-X, oder XX-XX oder auch XXXXX-XXXXX.
- Spalte H LEGS (Leistungserbringergruppenschlüssel): Angabe des LEGS
- Spalte I bis L Notiz: Die Notizen 1 und 2 werden in der KKH-Anbietersuche für unsere Versicherten angezeigt. Dort kann etwas eingetragen werden, was für Versicherte relevant sein könnte, z.B. eingetragen werden: Barrierefrei zugänglich, Samstag Lieferungen möglich, etc. In den Notizspalten 3 und 4 kann etwas eingetragen werden, was nur für die KKH relevant ist, wie z.B. eine gesonderte Telefonnummer für die Vertragsabteilung, Ansprechpartner o.ä.

- Die Spalten A, B, E, F und H sind Pflichtfelder. Die übrigen Spalten können optional befüllt werden.

Muster der HMM-Migrationstabelle:



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Status	LE-IK	Name	Verband	Gültig von	Gültig bis	Regionen	LEGS	Notiz 1	Notiz 2	Notiz 3	Notiz 4	UCN	
2														
3														

Die KKH aktualisiert ihrerseits den Datenbestand unverzüglich nach Eingang der aktualisierten Vertragspartnerliste.

(7) Sollten eine oder mehrere Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V entfallen, hat der Leistungserbringer die Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung während der Vertragslaufzeit das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch geeignete Nachweise der KKH prüffähig darzulegen.

§ 5 Leistungsvoraussetzung

(1) Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel zu erfüllen, die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Versorgung einzuhalten und die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zu beachten. Zudem

beachtet der Leistungserbringer bei der Leistungserbringung die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) in Verbindung mit dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV) und der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) in der jeweils gültigen Fassung, insofern diese für die vertraglich geregelten Hilfsmittel anwendbar sind.

(2) Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung ist durch eine vertragsärztliche Verordnung („Muster 16") nachzuweisen (vgl. HilfsM-RL). Das Vorliegen einer vollständig und ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung nach Satz 1 ist Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der KKH. Enthält eine Verordnung einen für den Abgebenden offensichtlichen Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Unklarheiten sind durch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu beseitigen. Ordnungsgemäß ausgestellt ist ein Arzneiverordnungsblatt (Muster 16), wenn es neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:

- Bezeichnung der Krankenkasse,
- Kassen-Nummer,
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
- Versicherten-Nummer,
- Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Absatz 5 Satz 1 SGB V),
- Betriebsstätten-Nummer (BSNR) des Arztes oder des Krankenhauses,
- Arzt-Nummer (LANR),
- Ausstellungsdatum,
- Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Verordnungsblattes, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
- Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
- Diagnose oder Indikation,
- Unterschrift des Vertragsarztes,
- Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.

Änderungen oder Ergänzungen auf der ausgestellten ärztlichen Verordnung sind nur durch den ausstellenden Arzt oder den jeweils verantwortlichen ärztlichen Vertreter vorzunehmen und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

(4) Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen[2] nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Für genehmigungspflichtige Hilfsmittel gilt die Frist als gewahrt, wenn der Kostenvoranschlag innerhalb dieses Zeitraums bei der KKH eingeht. Für Hilfsmittel, bei denen auf die Einreichung eines Kostenvoranschlages verzichtet wird, gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb der 28 Tage vom Leistungserbringer angenommen wird.

[2] Für Verordnungen von Hilfsmitteln im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements beträgt die Frist 7 Kalendertage gemäß § 6a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln (Hilfsmittel-Richtlinie).

Zur Gewährleistung einer reibungslosen Abrechnung bei Versorgungen die
- außerhalb der 28 Tage Frist ab Verordnungsdatum und
- nicht genehmigungspflichtig sind wird empfohlen,
einen Eingangsvermerk mit Datum (schriftlich oder Stempel) auf dem Muster 16 aufzubringen.

(5) Neben dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) von Vertragsärzten akzeptiert die KKH auch Entlassverordnungen (Muster 16 mit Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“) von Ärzten aus zugelassenen stationären oder teilstationären Einrichtungen („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Absatz 1a S. 6 SGB V tätig sind, sofern das Hilfsmittel im Einzelfall zur Entlassung benötigt wird.

(6) Weitere Voraussetzungen zur Leistungserbringung sind in den jeweiligen Anlagen zu entnehmen und über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.

(7) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die nachfolgenden einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften zu beachten und die Leistungserbringung nach den Vorgaben dieses Vertrages zu erbringen.

§ 6 Personelle Anforderungen

(1) Die Leistungserbringung erfolgt ausschließlich fachlich qualifiziert. Während der gesamten Vertragslaufzeit ist eine ordnungsgemäße, fachkundige und qualitätsgesicherte Versorgung sicherzustellen.

(2) Die hilfsmittelbezogene Beratung und Betreuung der vertraglich geregelten Produktgruppen hat fachspezifisch zu erfolgen. Um dies sicher zu stellen, nimmt der Leistungserbringer an den erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen teil. Folgende Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:

a) fachspezifische medizinische und handwerkliche Fortbildung,
b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
c) Produktschulungen der Hersteller.

(3) Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen zu dokumentieren und der KKH anlassbezogen auf Verlangen nachzuweisen.

(4) Die Fortbildungszertifikate des Bundesinnungsverbandes für Orthopädietechnik, des Zentralverbandes für Orthopädie-Schuhtechnik sowie der AGOS gelten als ausreichend in diesem Sinne.

§ 7 Prüfrechte

(1) Die KKH überwacht die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer. Es gelten die Regelungen des § 127 Abs. 7 SGB V.

(2) Die KKH ist berechtigt, die Qualität der Versorgung und die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben in geeigneter Weise zu überprüfen. Hierzu wird Bezug auf die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Abs. 5b SGB V in der jeweils gültigen Fassung genommen.

(3) Die KKH kann die medizinische Notwendigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittelversorgung überprüfen. Mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird die KKH den Medizinischen Dienst (MD) im Einzelfall beauftragen. Die KKH kann durch den

MD beratend prüfen lassen, ob das Produkt medizinisch erforderlich ist. Die abschließende Entscheidung über die Auswahl eines Einzelproduktes trifft auf der Basis des MD-Gutachtens die KKH.

§ 8 Beratung und Mehrkosten

(1) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung unter Berücksichtigung des § 12 Abs. 1 SGB V zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 4 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet sind. Die Beratung umfasst ebenfalls die Aufklärung des Versorgungsanspruchs und des Versorgungszeitraums gemäß den Anlagen.

(2) Die Beratung erfolgt durch geschulte Fachkräfte, soweit erforderlich unter Einbeziehung pflegender Angehöriger bzw. des beteiligten Pflegepersonals.

(3) Der Versicherte ist über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess zu informieren. Es erfolgt die Absprache aller notwendigen Termine.

(4) Der Leistungserbringer klärt den Versicherten über seine Ansprüche hinsichtlich aufzahlungsfreier Versorgungen auf. Unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs hat der Leistungserbringer dem Versicherten mindestens ein aufzahlungsfreies Produkt für die verordnete Produktart vorzustellen und anzubieten.

(5) Wählen Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben diese die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V). Mehrkosten nach Satz 1 können dem Versicherten nur dann in Rechnung gestellt werden, wenn ihm zuvor die Ansprüche nach Abs. 4 zur aufzahlungsfreien Versorgung aufgezeigt wurden. Die Versicherten sind vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten (Aufzahlung) zu informieren.

(6) Der Leistungserbringer hat die Beratung schriftlich oder elektronisch nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und Satz 2 SGB V zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen. Einzelheiten sind der Leistungsbeschreibung zu entnehmen.

Wählt der Versicherte eine Versorgung mit Mehrkosten hat der Leistungserbringer die Mehrkosten ebenfalls schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift vom Versicherten bestätigen zu lassen.

Für die Beratungsdokumentation und die Mehrkostenbestätigung kann die Anlage 5: „Muster Beratungsdokumentation und Mehrkostenerklärung des Versicherten“ verwendet werden, ansonsten ein mindestens inhaltsgleiches vom Leistungserbringer erstelltes Dokument.

(7) Bei Folgeversorgungen der Versicherten mit identischen Produkten kann die schriftliche Dokumentation der Beratung und die Bestätigung durch den Versicherten nach § 127 Abs. 5 Satz 1 und 2 SGB V entfallen.

(8) Bei der Aufbewahrung der Anlage 5 sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu berücksichtigen. Eine Archivierung der Unterlagen in digitaler Form ist ausreichend. Nach Anforderung der KKH ist die Beratungs- sowie Mehrkostendokumentation nach § 127 Abs. 5 SGB V im Einzelfall vorzulegen.

§ 9 Auswahl des Hilfsmittels

(1) Die Auswahl des Hilfsmittels bestimmt sich im Einzelnen nach den Anlagen dieses Vertrages. Der Leistungserbringer sorgt während der gesamten Vertragslaufzeit für eine Lieferfähigkeit mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln, soweit dies in seinem Einflussbereich liegt.

(2) Die Auswahl und Qualität des zweckmäßigen Hilfsmittels hat entsprechend der ärztlichen Verordnung, unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gem. §§ 12, 70, 135a SGB V zu erfolgen.

(3) Soweit ein Vertragsarzt ein Einzelprodukt (Name des Produktes und/oder Herstellerfirma) verordnet hat, entbindet das den Leistungserbringer und die KKH gemäß § 12 SGB V nicht, die Versorgung mit einem wirtschaftlicheren Hilfsmittel zu prüfen. Der Leistungserbringer ist bei einem konkret verordneten Hilfsmittel 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 Verordnung angegeben hat.

§ 10 Qualität und Ausführung der Hilfsmittel

(1) Der Leistungserbringer gewährleistet eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V i. V. m. § 12 SGB V.

(2) Der Leistungserbringer stellt eine einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen sicher. Qualität und Wirksamkeit der Hilfsmittel haben den allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden.

(3) Die Versorgung erfolgt unter Berücksichtigung der Vorgabe des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die medizinischen und technischen Mindestanforderungen an die Qualität und die Ausführung der Hilfsmittel in den Produktuntergruppen ergeben sich aus den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses für die betreffende Produkt-(unter-)Gruppen.

(4) Ändert sich die Hilfsmittelpositionsnummer (Umgruppierung im Hilfsmittelverzeichnis) bleibt das Versorgungsrecht/die Versorgungspflicht für die Zukunft unter der neuen Hilfsmittelpositionsnummer bestehen.

§ 11 Genehmigungsverfahren und Kostenvoranschlag (KVA)

(1) Sofern in den Anlagen keine andere Regelung getroffen wurde, besteht ein Anspruch des Leistungserbringers auf Durchführung der Versorgung erst nach Genehmigung des Kostenvoranschlags (Auftragserteilung) durch die KKH.

Der Kostenvoranschlag wird unverzüglich nach dem Kundenkontakt der KKH zur Genehmigung übermittelt. Kosten, die vor Erteilung der Genehmigung der KKH entstehen, können weder beim Versicherten noch bei der KKH geltend gemacht werden. Eine Ausnahme bildet die gewünschte sofortige Versorgung durch den Versicherten nach Abs. 6.

(2) Die Anlage 4 „Abrechnungsregelung“ regelt die Inhalte des Kostenvoranschlags.

(3) Soweit der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zu erstellen und einzureichen hat, ist dieser grundsätzlich in elektronischer Form (eKV) gemäß der Anlage 4 „Abrechnungsregelung“ in der vorgegebenen Form an die dort benannte Stelle zu übermitteln. Die digitalisierte Verordnung ist mit dem eKV beizufügen. Im berechtigten Einzelfall auf Verlangen der KKH ist die ärztliche Verordnung im Original vorzulegen (u.a. bei formellen Gründen in der Antragsstellung).

(4) Die KKH prüft die per eKV übermittelten Daten und entscheidet über die Kostenübernahme der beantragten Versorgung. Durch Genehmigung des Kostenvoranschlages erteilt die KKH den Versorgungsauftrag im festgelegten Umfang. Sie behält sich vor, unvollständige oder fehlerhafte Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden und die Genehmigung zu verweigern. Eine erneute Einreichung zur Korrektur ist möglich. Anderenfalls erhält der Leistungserbringer die für die Abrechnung notwendige Genehmigung sowie ggf. Unterlagen, die für die Versorgung relevant sind, im eKV-Verfahren. Soweit nicht ausdrücklich anders vermerkt, gilt die Genehmigung zu Lasten der KKH.

(5) Eine Genehmigungsfreiheit und der damit verbundene Verzicht auf die Abgabe eines eKV, sind individuell in den Anlagen geregelt.

(6) Besteht eine Genehmigungspflicht ist der Leistungserbringer verpflichtet den Versicherten darauf hinzuweisen, dass eine Versorgung erst nach Genehmigung durch die KKH erfolgt. Wünscht der Versicherte eine Versorgung, bevor die Genehmigung durch die KKH erteilt wurde, so ist er schriftlich darauf hinzuweisen, dass er die Kosten, bzw. Mehrkosten der Selbstbeschaffung trägt, wenn die KKH die Kostenübernahme ganz oder teilweise ablehnt.

(7) Änderungen der Regelungen zu den Genehmigungsfreigrenzen oder der Genehmigungspflicht/ -freiheit werden im gegenseitigen Einverständnis zwischen KKH und Leistungserbringergemeinschaft/Verband/Innung vereinbart. Diesbezügliche Änderungen werden rechtzeitig vor ihrem Wirksamwerden dem Leistungserbringer angekündigt.

§ 12 Versorgung

(1) Die Leistungserbringung / Durchführung der Versorgung erfolgt gemäß

- Anlage 1.1 Leistungsbeschreibung Einlagen (PG 08)
- Anlage 2.1 Leistungsbeschreibung Schuhe (PG 31)

einschließlich weiterer Anlagen. Die Vertragsparteien behalten sich vor, weitere Anlagen zum Vertrag abzuschließen.

§ 13 Vergütung und Zuzahlung

(1) Die Vergütung der einzelnen Leistung basierend auf diesem Vertrag ergibt sich aus der Anlage 1.2 „Vergütungsübersicht Einlagen (PG 08)“ und Anlage 2.2 „Vergütungsübersicht Schuhe (PG 31)“. Mit der jeweiligen Vergütung sind alle nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen abgegolten.

(2) Die vereinbarten Preise und geltenden Festbeträge sind jeweils exklusiv der gesetzlichen Umsatzsteuer (netto). Es gilt der aktuelle zum Abgabezeitpunkt gültige gesetzliche Umsatzsteuersatz. Die Preise gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit.

(3) Die Vergütung des Leistungserbringers ist innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der prüfbaren Abrechnung gemäß Anlage 4 „Abrechnungsregelung" zur Zahlung fällig.

(4) Versorgungspauschalen – entfällt -

(5) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn der Auftrag erteilt wurde und der Leistungserbringer die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht hat. Voraussetzung ist die Grundlage der vertragsärztlichen Verordnung nach Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) der KKH, soweit diese erforderlich ist, und der Empfangsbestätigung des Versicherten nach Abschluss der Versorgung. Die/der Versicherte bzw. ein(e) Bevollmächtigte(r) hat die Abgabe der bedarfs- und fachgerechten Leistungen am Tag der Leistungserbringung unter Angabe des Datums durch Unterschrift zu bestätigen.

(6) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SGB V. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine Ausnahme liegt vor, wenn der Versicherte von der Zuzahlung befreit ist und dies gegenüber dem Leistungserbringer nachweist. Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung oder der Mehrkostenregelung des § 33 Abs.1 S.9 SGB V i.V.m. den Regelungen dieses Vertrages sowie, - sofern zutreffend- für den Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

§ 14 Abrechnung

Die Abrechnung erfolgt gemäß den Richtlinien nach § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (siehe auch Anlage 4 „Abrechnungsregelung“).

§ 15 Haftung und Gewährleistung

(1) Gewährleistung und Haftung richten sich für alle beteiligten Vertragsparteien 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 bevollmächtigte Person (Leistungserbringungsdatum). Der Leistungserbringer gewährleistet die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der zu liefernde oder abzugebende Hilfsmittel gemäß den gesetzlichen Regelungen. Gewährleistungsansprüche verjähren gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.

§ 16 Vertragsverstöße

(1) Verstößt eine Vertragspartei oder ein Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die andere Vertragspartei nach vorheriger Abmahnung gegenüber der Gegenseite unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit eine Vertragsstrafe festsetzen, die bei Vorliegen der maßgeblichen Voraussetzungen eine Zahlungsverpflichtung der Gegenseite begründet. Hierbei gilt der Höhe nach für jeden Einzelfall eine Vertragsstrafe von bis zu 500,00 Euro. Für die gleichzeitige Festsetzung mehrerer Vertragsstrafen gilt, dass die Gesamtbemessung angemessen und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen muss.

(2) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen sind die Vertragsparteien berechtigt, nach vorheriger Anhörung der Gegenseite, den Rahmenvertrag aus wichtigem Grund fristlos zu kündigen. § 314 BGB gilt entsprechend. Die Kündigung kann gegenüber dem einzelnen Leistungserbringer ausgesprochen werden und hat die Wirkung, dass dieser sodann nicht mehr am Rahmenvertrag teilnimmt. Daneben ist auch eine außerordentliche Kündigung gegenüber den Vertragsparteien möglich, wenn diese ihre rahmenvertraglichen Pflichten in schwerwiegender Weise verletzen.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß im Sinne des Abs. 2 gilt zum Beispiel:

- die wiederholte nicht vertragskonforme Einreichung beziehungsweise Übermittlung von Kostenvoranschlägen,
- die wiederholte Nichteinhaltung der vertraglich festgesetzten Fristen zur Versorgung der Versicherten,
- die Berechnung nicht ausgeführter oder abweichender Leistungen,
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen die gesetzlichen Datenschutzregelungen,
- die Erhebung von Aufzahlungen gegenüber den Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
- rufschädigende Äußerungen über die Vertragsparteien,
- ein Verstoß des Leistungserbringers gegen §17 Absatz 1 bis 8
- unzulässige Werbung beider Vertragsparteien im Zusammenhang mit den in diesem Vertrag geregelten Produktgruppen.

§ 17 Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer, Vertragsärzten und medizinischen Einrichtungen

(1) Eine gezielte Beeinflussung von Vertragsärzten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Hilfsmittel/Leistungen ist unzulässig.

(2) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen ist grundsätzlich unzulässig. Ausgenommen vom Depotverbot sind Produkte, die zur Versorgung im Notfall eingesetzt werden.

(3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Vertragsärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig.

(4) Unzulässig ist auch die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile (z.B. unentgeltliche Erbringung von nicht vertraglich vereinbarten Leistungen) für die Zuweisung von Patienten und Verordnungen.

(5) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten oder Krankenhäusern mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.

(6) Koordinierende Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern im Rahmen des Überleitmanagements sind zulässig, soweit diese wettbewerbsrechtskonform ausgestaltet sind und sichergestellt ist, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern gewährleistet wird. Im Rahmen solcher Kooperationsmodelle können, die vertraglich vereinbarten hilfsmittelbezogenen Beratungsleistungen während des stationären Aufenthalts des Versicherten im Krankenhaus erbracht werden. Es gilt § 4 Abs. 6 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach

Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement).

(7) Es gelten im Übrigen für sämtliche Kooperationen die im Kodex „Medizinprodukte der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und des Bundesfachverbandes BVMed niedergelegten Verhaltensregeln.

(8) Es gelten im Übrigen die Regelungen des § 128 SGB V.

(9) Ein Verstoß gegen Abs. 1 bis 8 stellt einen schweren Vertragsverstoß i.S. v § 17 dar.

§ 18 Wettbewerb und Werbung

(1) Werbemaßnahmen der Vertragsparteien sind auf sachliche Informationen abzustellen. Planen die Vertragsparteien Anschreiben an ihre Mitglieder oder Versicherten, die im Zusammenhang mit diesem Rahmenvertrag stehen, sind diese vorab inhaltlich unter den Vertragspartnern abzustimmen. Dies gilt auch für die Benachrichtigung über das Ende dieses Rahmenvertrages.

(2) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, insbesondere hinsichtlich der Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.

(3) Bei der Kommunikation mit Versicherten hat der Leistungserbringer stets seine Neutralitätspflicht in Bezug auf die Kostenträger zu wahren. Er unterlässt wertende Aussagen zu Krankenkassen und vermeidet unwahre oder irreführende Aussagen zu den Inhalten des Versorgungsvertrages und/oder den maßgeblichen sozialrechtlichen Vorschriften.

§ 19 Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), SGB X, Landesdatenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) einzuhalten.

(2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Standes der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten etc.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben, sofern keine gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse, wie zum Beispiel nach dem SGB V, bestehen (Verschwiegenheitspflicht).

(4) Daten dürfen nur im Rahmen, der im Gesetz vorgesehenen oder im Vertrag genannten Aufgaben und Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung, Gewährleistung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

(5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz

vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.

(6) Die Benennung der KKH als Referenzkunde ist nur nach vorheriger schriftlicher Erlaubnis der KKH gestattet.

§ 20 Insolvenz des Leistungserbringers

(1) Der Leistungserbringer hat die KKH über die Einreichung eines Insolvenzantrages sowie über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens unverzüglich zu unterrichten.

(2) Darüber hinaus stellt der Leistungserbringer der KKH unverzüglich sämtliche Daten und Unterlagen, die für die KKH zur Weiterversorgung der Versicherten notwendig sind in Papierform und/oder in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 21 Abtretung

Die Abtretung von Rechten und Ansprüchen aus diesem Vertrag ist der KKH anzuzeigen. Die Einhaltung des vorliegenden Rahmenvertrages bleibt hiervon unberührt.

§ 22 Vertragsbeginn, Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.11.2026 in Kraft. Maßgeblich für die Hilfsmittelversorgung ist das Verordnungsdatum.

(2) Der Vertrag und seine Anlagen können mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 30.07.2027, 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) Sofern eine Anlage ihre Gültigkeit verliert (z.B. durch festgelegte Laufzeiten), bleibt der Rahmenvertrag sowie die übrigen Anlagen hiervon unberührt.

(4) Die Vertragsparteien verständigen sich, bei Fortschreibung der in den Anlagen dieses Vertrages vereinbarten Hilfsmittel, zeitnah gemeinsam die Notwendigkeit der Vertragsanpassung zu überprüfen. Sollte es zwischen den Vertragsparteien nicht zu einer Einigung kommen, sind sie zur außerordentlichen Kündigung berechtigt. Die Kündigung wirkt mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende. Maßgeblich für die Berechnung der Frist ist das Datum der Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

(5) Die Leistungserbringer können mit einer Ankündigungsfrist von vier Wochen ihre Teilnahme am Vertrag oder einzelnen Anlagen gegenüber den Vertragspartnern für beendet erklären.

§ 23 Schriftform

Änderungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für diese Bestimmung.

§ 24 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des 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.

_____ _____

Ort, Datum

_____ _____

Ort, Datum

Anlage 1.1: „Leistungsbeschreibung Einlagen (PG 08)“

Inhaltsverzeichnis:

§ 1 Grundsatz 2
1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel 2
§ 2 Leistungserbringung 2
§ 3 Nutzungsdauer und Mehrfachausstattung 3
§ 4 Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen 3
4.1. Produktauswahl 3
4.2. Einweisung und Abgabe/Lieferung 4
4.3. Service 4

§ 1 Grundsatz

1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel

(1) Die Anlage 1.1 „Leistungsbeschreibung Einlagen (PG 08)“ ist Bestandteil des Rahmenvertrags und regelt den Versorgungsprozess zwischen Versicherten der KKH und Leistungserbringern. Gegenstand sind die Hilfsmittel der Produktgruppe (PG) 08 – Einlagen – sowie den entsprechenden handwerklichen Anpassungen, einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst-, Service- und Versorgungsleistungen. Hierzu zählen insbesondere:

- Auftragsannahme,
- Beratung des Versicherten,
- Bedarfsfeststellung,
- Anprobe und Anpassung,
- Herstellung der Einlagen gemäß Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses,
- Persönliche Einweisung in den sachgerechten Gebrauch im Betrieb des Leistungserbringers,
- Nachbetreuung,
- Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile.

(2) Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten das verordnete Hilfsmittel nach Maßgabe dieser Leistungsbeschreibung zur Verfügung. Dem Versicherten wird eine mehrkostenfreie Versorgung nach den Regelungen dieser Anlage ermöglicht.

(3) Die erstmalige Versorgung nach diesem Vertrag schließt sich an in der Vergangenheit stattgefundenen Versorgungen an. Das heißt, etwaige Vorversorgungen, die nicht nach diesem Vertrag abgegeben wurden, sind im ersten Vertragsjahr in allen Belangen zu berücksichtigen (zum Beispiel bei: Höchstanspruch, Abgrenzung Erst- und Folgeversorgung).

§ 2 Leistungserbringung

(1) Zu Beginn der Versorgung mit Einlagen ist durch den Leistungserbringer grundsätzlich ein individueller Fußabdruck vom Versicherten zu erstellen. Dies gilt sowohl für die Abgabe von festbetragsgeregelten Einlagen als auch bei der Versorgung mit Einlagen für schwere Fußfehlformen. Auch bei einer Folgeversorgung ist grundsätzlich vor der Abgabe ein individueller Fußabdruck anzufertigen.

(2) Ist eine Maßanfertigung (Einlage für schwere Fußfehlformen) verordnet, aber die individuellen Versorgungserfordernissen des Versicherten lassen eine Versorgung mit einer Einlage auf Rohlingbasis (Handwerkliche Anpassung der Einlagen aus Grundmaterialien, auf Basis von in der Regel industriell gefertigten konfektionierten Rohlingen) zu, ist nach § 6 Abs. 9 der Hilfsmittelrichtlinie eine rohlingbasierte Einlage aufgrund der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit abzugeben.

(3) Die KKH verzichtet auf die Erstellung eines Kostenvoranschlage gemäß § 11 des Rahmenvertrages, wenn für das abgegebene Produkt (Hilfsmittel zuzüglich eventuell erforderlicher Abrechnungspositionen für Zusätze) ein Festbetrag gemäß § 36 SGB V geregelt ist. Hierfür gilt eine Genehmigungsfreigrenze von 300,00 € netto auf Verordnungsebene. Davon ausgenommen sind vorzeitige Hilfsmittelversorgungen, die vor Ablauf der allgemeinen Nutzungsdauer nach dem Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 3 Abs. 1 notwendig sind sowie Einlagen bei schweren Fußfehlformen.

In Einzelfällen und bei Unsicherheit der Anspruchsberechtigung auf Leistung, hat der Leistungserbringer die Möglichkeit diesbezüglich Kontakt mit der Krankenkasse aufzunehmen.

(4) Sofern eine vorzeitige Versorgung aufgrund besonderer Gegebenheiten (zum Beispiel wachstumsbedingte Veränderung, veränderte Diagnose etc.) notwendig ist, ist der KKH ein Kostenvoranschlag gemäß Anlage 4 dieses Vertrages unter Angabe des Hilfsmittelkennzeichen 11 – Ersatzbeschaffung einzureichen. Die Gründe für die vorzeitige Versorgung sollten aus der Verordnung hervorgehen.

(5) Einlagen bei schweren Fußfehlstellungen sind individuell hergestellte Einlagen, die auf der Grundlage eines individuellen, dreidimensionalen Formabdrucks erstellt werden und ausschließlich bei schweren bewegungseingeschränkten, schmerzhaften und kontrakten Fußfehlformen als stützende, bettende oder entlastende Einlagen zum Einsatz kommen, wenn eine Einlagenversorgung nicht auf Rohlingbasis möglich ist. Eine Einlagenversorgung bei schweren Fußfehlstellungen bedarf einer gesonderten medizinischen Begründung.

(6) Für die Versorgung mit Einlagen für schwere Fußfehlformen (in handwerklicher Fertigung) ist der KKH grundsätzlich ein elektronischer Kostenvoranschlag gemäß Anlage 4 dieses Vertrages einzureichen.

§ 3 Nutzungsdauer und Mehrfachausstattung

(1) Die Notwendigkeit einer Mehrfachausstattung mit Einlagen und die Nutzungsdauer sind im Einzelfall von der Lebensweise des Versicherten, der Art und Beschaffenheit der Einlage und den sich gegebenenfalls verändernden Erfordernissen des zu behandelnden Fußes (insbesondere bei Kindern im Wachstumsalter) abhängig. Um den Bedürfnissen der Betroffenen ausreichend Rechnung zu tragen und aus hygienischen Gründen erhalten Versicherte im Rahmen der Erstversorgung in der Regel zwei Paar orthopädische Einlagen. Das Wechselpaar sollte erst dann an den Versicherten abgegeben werden, wenn das erste Paar ausreichend und mit positivem Ergebnis durch den Versicherten erprobt wurde.

Der Versicherte hat Anspruch auf die Abgabe von zwei Paar Einlagen innerhalb eines Kalenderjahrs. Unabhängig davon, wann diese im Kalenderjahr abgegeben werden.

(2) Die vereinbarte Anlage 6: „Muster Patientenerklärung“ kann vom Leistungserbringer zur Abfrage der Einlagenversorgungen ausgefüllt und vom Versicherten unterschrieben werden. 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 kann der Leistungserbringer zu eigenen Dokumentationszwecken aufbewahren. Der Leistungserbringer entscheidet für sich, ob diese Dokumentation erfolgt, das Risiko bei fehlendem Leistungsanspruch trägt der Leistungserbringer.

§ 4 Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen

4.1. Produktauswahl

(1) Die Auswahl der individuellen Einlagenversorgung sowie erforderliche Zurichtungen zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten obliegen grundsätzlich dem Leistungserbringer.

(2) Um den Versicherten mit einem geeigneten und medizinisch notwendigen Hilfsmittel zu versorgen, hat eine Bedarfsfeststellung zu erfolgen. Bei der Auswahl der Einlagenausführung sind die individuellen Gegebenheiten aus der Bedarfsfeststellung, die Indikation/Diagnose gemäß der Verordnung, der Fußstatus sowie das Nutzerprofils zu berücksichtigen. Das für die Versorgung ausgewählte Hilfsmittel muss in Qualität und Ausführung den speziellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Versicherten entsprechen. Die Auswahl hat in Abstimmung mit dem Versicherten zu erfolgen.

(3) Es dürfen ausschließlich Hilfsmittel abgegeben werden, die den Anforderungen und Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V zu den jeweiligen Produktarten entsprechen.

4.2. Einweisung und Abgabe/Lieferung

(1) Es erfolgt eine sachgerechte, persönliche Abgabe der Einlagen mit Anprobe und Einpassung in den Schuh sowie die Einweisung in den bestimmungsgemäßen Gebrauch. Die Einweisung erstreckt sich auf die vom Hersteller/Leistungserbringer vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels sowie die Pflege und Reinigung. Ziel der Einweisung ist, dass die Versicherten in den Stand versetzt werden, das Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu nutzen.

(2) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versorgung mit Einlagen in der Regel spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Auftragsannahme erfolgt, sofern auf Wunsch des Versicherten kein anderer Termin vereinbart wurde.

(3) Der Leistungserbringer bietet eine allgemeinverständliche Gebrauchsanweisung/Gebrauchsinformation in deutscher Sprache an. Diese ist im Bedarfsfall unter Verwendung der vom Hersteller bereitgestellten Dokumente in einem für blinde und sehbehinderte Versicherte geeigneten Format (z. B. in elektronischer Form) zur Verfügung zu stellen.

(4) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Leistungserbringer durch eine vom Versicherten selbst, von seinem gesetzlichen oder beauftragten Vertreter (zum Beispiel Betreuer, bevollmächtigte Person im Sinne der §§ 164 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) unterschriebenen Empfangsbestätigung unter Angabe des Datums der Leistungserbringung quittieren zu lassen. Aus der Empfangsbestätigung muss hervor gehen, wer die Empfangsbestätigung unterschrieben hat. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Die Empfangsbestätigung ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen.

4.3. Service

(1) Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit gegenüber den Versicherten und der KKH mindestens zu den üblichen Geschäftszeiten. Bei erstmaliger Kontaktaufnahme sind dem Versicherten die Kontaktdaten des Leistungserbringers (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummer) mitzuteilen, spätestens jedoch bei Abgabe des Hilfsmittels.

Anlage 1.2: „Vergütungsübersicht Einlagen (PG 08)“

Vergütungsübersicht

für

Einlagen

(Versorgungsbereich 08A und 08B10)

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

1999N97

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	**Bezeichnung**
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2 = ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Gruppierung der Versorgungen mit Festbeträgen:
Werden zwei Einlagenpaare gleichzeitig verordnet, sind diese bei der Abrechnung wie folgt anzugeben:
Erste Versorgung: 1-1 Haupthilfsmittel (Einlage) 1-2 Zusatz
Zweite Versorgung: 2-1 Haupthilfsmittel (Einlage) 2-2 Zusatz

Vorzeitige Versorgung
Sofern eine vorzeitige Versorgung aufgrund besonderer Gegebenheiten (zum Beispiel wachstumsbedingte Veränderung, veränderte Diagnose etc.) notwendig ist, ist der KKH ein elektronischer Kostenvoranschlag unter Angabe des KZH **11 – Ersatzbeschaffung** einzureichen. Die Gründe für die vorzeitige Versorgung sollten aus der Verordnung hervorgehen.

*Hinweis: Die KKH verzichtet auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages, wenn für das abgegebene Produkt (Hilfsmittel zuzüglich eventuell erforderlichem Zubehör/Zusatz) ein Festbetrag gemäß § 36 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt ist.

Hilfsmittel-positions-nummer	Bezeichnung	Mengen-einheit	Hilfsmittel-kennzeichen	Preis (netto)	Ust 1 = 19 % 2 = 7 %	Gen.-pflichtig*
08.03.2001	**Stützende Einlagen**					
08.03.01.0	Stützende Einlagen mit Längs- und Quergewölbestütze (4/4-lang)	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.02.	**Bettungseinlagen zur Entlastung**					
08.03.02.0	Bettungseinlagen, elastisch, ggf. druckumverteilend (4/4-lang)	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.02.1	Weichpolsterbettungseinlagen, elastisch, druckumverteilend (4/4-lang)	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.03.	**Stützende, korrigierende/entlastende Schaleneinlagen**					
08.03.03.0	Schaleneinlagen, elastisch (4/4-lang)	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.03.1	Schaleneinlagen, fest, verformbar (3/4-lang)	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.04.	**Einlagen mit Korrekturbacken**					
08.03.04	Einlagen mit Korrekturbacken (3/4-lang)	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.06.	**Stoßabsorber/Verkürzungsausgleiche**					
08.03.06.0	Stoßabsorber/Fersenkissen	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.03.06.1	Herausnehmbarer Verkürzungsausgleich	Stück	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.99.99	**Abrechnungspositionen für Zusätze**					
08.99.99.0001	Supinations-/Pronationskeil	Stück	05	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.99.99.0002	Fersenspornausnehmung/-polster, inkl. Lederbezug	Stück	05	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.99.99.0003	Rigidusfeder, inkl. langer Lederdecke	Stück	05	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.99.99.0004	Weichbettung, langsohlig, inkl. Lederbezug	Stück	05	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.99.99.0005	Weichbettung, Vorfußbereich, inkl. Lederbezug	Stück	05	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-
08.99.99.0008	Verkürzungsausgleich, fest mit der Einlage verbunden	Stück	05	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	2	-

08.03.07.0	Einlagen bei schweren Fußfehlformen	Mengen-einheit	Hilfsmittel-kennzeichen	Preis (netto)	Ust 1 = 19 % 2 = 7 %	Gen.-pflicht*
08.03.07.0	Einlagen bei schweren Fußfehlformen	Paar	00/ 10	eKV	2	x

Anlage 2.1: „Leistungsbeschreibung Hilfsmittel orthopädische Schuhe PG 31“

Inhaltsverzeichnis:

§ 1 Grundsatz 2
1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel 2
§ 2 Leistungserbringung 2
§ 3 Nutzungsdauer und Mehrfachausstattung 5
§ 4 Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen 7
4.1. Produktauswahl 7
4.2. Zusätzliche Anforderungen bei diabetischen Versorgungen 7
4.3. Einweisung und Abgabe/Lieferung 8
4.4. Service 9
§ 5 Leistungsvergütung 9

§ 1 Grundsatz

Schuhe sind grundsätzlich allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Bei definierten Krankheitsbildern/Funktionsstörungen besteht Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe (PG) 31. Maßgebend für die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und die Leistungspflicht der GKV ist das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V.

Hilfsmittel, die einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ersetzen, werden mit einem Eigenanteil, der vom Versicherten zu tragen ist, belegt. Der in der Vergütungsübersicht Anlage 2.2 hinterlegte Eigenanteil entspricht der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes.

1.1. Vertragsgegenständliche Hilfsmittel

(1) Die Anlage 2.1 Leistungsbeschreibung Schuhe (PG 31) ist Bestandteil des Rahmenvertrages und regelt den Versorgungsprozess zwischen Versicherten der KKH und Leistungserbringern. Gegenstand sind die Hilfsmittel der Produktgruppe (PG) 31 – orthopädische Maßschuhe, orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierte Therapieschuhe und Änderungen/Instandsetzungen an orthopädischen Schuhen, einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst-, Service- und Versorgungsleistungen. Hierzu zählen insbesondere:

- Auftragsannahme,
- Beratung des Versicherten,
- Bedarfsfeststellung, Produktauswahl
- Anprobe und Anpassung,
- Persönliche Einweisung in den sachgerechten Gebrauch,
- Nachbetreuung,
- Dokumentation der erbrachten Leistungsbestandteile.

(2) Die erstmalige Versorgung nach diesem Vertrag schließt sich an in der Vergangenheit stattgefundenen Versorgungen an. Das heißt, etwaige Vorversorgungen, die nicht nach diesem Vertrag abgegeben wurden, sind im ersten Vertragsjahr in allen Belangen zu berücksichtigen (zum Beispiel bei: Höchstanspruch, Abgrenzung Erst- und Folgeversorgung).

§ 2 Leistungserbringung

(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 den Anlagen 2.3 „Kategorisierungsschema“ und 2.4 „Indikationsliste“ 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 den Anlagen 2.3 „Kategorisierungsschema“ und 2.4 „Indikationsliste“ immer mit der niedrigsten möglichen Kategorie zu beginnen („Kaskaden-Versorgung).

(2) Der Leistungserbringer hat nach Erhalt der Verordnung und/oder Genehmigung mit dem Versicherten Kontakt aufzunehmen, um den Versorgungsablauf zu besprechen. Die Versorgung mit den ärztlich verordneten Hilfsmitteln hat in der Regel innerhalb 72 Stunden, bei Ende der 72 Stunden-Frist auf einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag, zu erfolgen. Die 72 Stunden-Frist gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklichen Zurichtungen.

Die Versorgung von Maßschuhen ist grundsätzlich innerhalb von 8 Wochen sicherzustellen. Reparaturen am Maßschuh, Therapieschuh mit Sonderzurichtungen sowie Zurichtungen am konfektionierten Schuh sind grundsätzlich innerhalb von 4 Wochen ab Genehmigung durchzuführen. Ausnahmsweise verzögernde Gründe sind bei Beanstandungen des Versicherten zu dokumentieren und auf Verlangen zu übermitteln. Bei Verzögerung oder Verzögerungen, welche im Verschulden des Leistungserbringers liegen, kann eine Vertragsstrafe erhoben werden (vgl. Rahmenvertrag § 16).

(3) Mangelhafte Versorgungen sind durch den Leistungserbringer kostenfrei zu prüfen und wenn notwendig nachzubessern. Ist die Nachbesserung gescheitert, so erfolgt die Rückforderung des geleisteten Betrages inkl. der vom Versicherten geleisteten Zahlungen.

(4) Soll ein Versicherter mit Hilfsmitteln dieser Leistungsbeschreibung versorgt werden, ist dem Medizinischen Dienst (MD) - auf dessen Verlangen oder auf Anforderung der Kasse – grundsätzlich zusätzlich die Trittspur zu übersenden. Handelt es sich um eine Erstversorgung von Fußdeformitäten ist dem MD ergänzend zu der Trittspur auf Anforderung eine Fotodokumentation zu übermitteln.

(5) Die Versorgung mit einem Wechselpaar (zweites Paar in der Erstversorgung) soll erst dann erfolgen, wenn das erste Paar passgerecht und funktionsfähig ist und mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Die Beantragung (sofern erforderlich) bzw. Fertigung der Wechselversorgung hat dementsprechend erst nach erfolgreicher Erprobung zu erfolgen. Hierfür ist eine separate Verordnung erforderlich.

(6) Gemäß § 11 des Rahmenvertrages sind die Versorgungen nach Anlage 2.2 grundsätzlich genehmigungspflichtig, unter Einreichung eines eKV, zu beantragen. Mit dem eKV sind neben der medizinischen Verordnung die Anlage 2.5 „Ausstattungsbeschreibung“ beizufügen. Bei genehmigungsfreien Versorgungen von orthopädischen Maßschuhen der Kategorie 3 ist die Anlage 2.5 „Ausstattungsbeschreibung“ zwingend mit den abrechnungsbegründeten Unterlagen beizufügen.

Abweichend von den Regelungen des § 11 im Rahmenvertag verzichtet die KKH auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages:

- bei Zurichtungen am konfektionierten Schuh (31.03.04.xxxx), sofern die Summe der Versorgung 260,00 € netto auf Verordnungsebene nicht übersteigt.

- bei Therapieschuhen (31.03.03.xxxx) auf Verordnungsebene bis zu 145.00 € netto.

- Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh (31.03.05) auf Verordnungsebene bis zu 340,00€ netto.

- bei Nachlieferungen von orthopädischen Maßschuhen der Kategorie 3 mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer. Diese sind zwingend mit dem Hilfsmittelkennzeichen 04 abzurechnen.
  Hiervon ausgeschlossen sind Versorgungen, in denen mehrere Kategorien bei einem Befund in Betracht kommen (Unpaarversorgungen).

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, nach einem Zeitraum von spätestens 12 Monaten Vertragslaufzeit eine Überprüfung der genehmigungsfreien Nachlieferung Kategorie 3 vorzunehmen. Es wird u.a. eine Analyse der Leistungsausweitung vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Überprüfung werden unter den Vertragspartnern besprochen.

Die KKH behält sich vor, die Angaben der abrechnungsbegründeten Unterlagen durch das Abrechnungszentrum prüfen zu lassen.

(7) Orthopädische Maßschuhe sind mit dem Fertigungsdatum und dem Namen des Leistungserbringers zu kennzeichnen. Das Fertigungsdatum und der Name des Leistungserbringers sind am Schuh sowie auf der Fußbettung zu kennzeichnen. Die dauerhafte und leicht lesbare Kennzeichnung hat unter Angabe des Abgabemonats und des Herstellungsjahres in den Schuhen, vorzugsweise auf dem Quartier oder der Brandsohle, zu erfolgen. Wird diese Kennzeichnung am orthopädischen Maßschuh bei Änderungs- oder Instandsetzungsarbeiten bzw. Reparaturen beseitigt oder unleserlich ist diese nachzubessern.

(8) Wird ein individuell angefertigtes Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt, so mahnt der Leistungserbringer den Versicherten zweimal schriftlich zur Abholung des Hilfsmittels unter Fristsetzung an. Zwischen den Aufforderungen müssen mind. 14 Tage liegen. Nach der zweiten Aufforderung an den Versicherten ist die KKH über die Nichtabholung zu informieren (eKV Nachricht Schnittstelle MIP). Der KKH ist ein Abdruck der Schreiben per eKV Nachricht zu übermitteln. Wird das Hilfsmittel nach Ablauf der letzten Frist nicht abgeholt, kann der Vertragspartner den vertraglich vereinbarten Preis abrechnen. Anstelle der Empfangsbestätigung durch den Versicherten vermerkt der Vertragspartner in diesen Fällen auf der Rückseite der Verordnung im Feld „Empfangsbestätigung für Hilfsmittel“, dass das Hilfsmittel nicht abgeholt wurde (z.B. „Kein Empfang aufgrund Nichtabholung“). Der Vertragspartner bewahrt das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme ab Rechnungslegung für 3 Monate auf.

(9) Können die Leistungen infolge Ablebens des Versicherten nicht abgegeben werden, so werden die nicht mehr verwendbaren Teile und erbrachten Leistungen bis zum entsprechenden Teilabschnitt übernommen. Dabei wird berücksichtigt, dass Anprobe/Abholung und die Nacharbeiten in diesen Fällen auf jeden Fall entfallen. Diese machen vom Gesamtpreis 7,3 Prozent aus, sodass 92,7 Prozent der Kosten bei fertiggestellten Schuhen trotzdem anfallen.

Dies bedeutet, dass im konkreten Einzelfall und unter der Voraussetzung, dass eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt, folgende Kosten der genehmigten Gesamtsumme im Sinne des nachfolgend skizierten "Drittelprinzips" abgerechnet werden können:

- 30 %: vorgelagerte Verwaltung (Vorgang anlegen, eKV, interne Steuerung, Anmessen, Arbeitsvorbereitung & Leistenkontrolle sowie Bettungsarbeiten) abgeschlossen
- 60 %: Schaftbestellung/-herstellung und Zwicken sind erfolgt
- 92,7 %: Bodenbau, Ausputz, Nacharbeiten, Dokumentation sind erfolgt und nachgelagerte Verwaltung (Abrechnung, Ablage, QM- Anforderungen, etc.) werden angestoßen

Eine Abrechnung dieser Leistungen ist ausschließlich innerhalb von 6 Monaten nach Kenntnisnahme der vorstehend beschriebenen Situationen möglich.

Es besteht ein Vergütungsanspruch für konfektionierte Therapieschuhe mit nachgewiesenen Änderungen (z.B. orthopädische Schuhzurichtungen), die einen Wiedereinsatz unmöglich machen, in Höhe von 90 %.

Es ist zum vorliegenden Kostenvoranschlag ein ergänzender Nachweis unter Angabe der bisher durchgeführten Arbeiten einschließlich Belege/Dokumentation der KKH per eKV Nachricht zum vorliegenden Fall einzureichen. Es erfolgt eine Entscheidungsänderung auf das nachvollziehbare Drittel (30%, 60% oder bis zu 90%). Bei der Abrechnung ist als Leistungstag das Ausstellungsdatum der Verordnung anzugeben. Anstelle der Empfangsbestätigung durch den Versicherten vermerkt der Leistungserbringer in diesen Fällen auf der Rückseite der Verordnung im Feld „Empfangsbestätigung für Hilfsmittel“, dass das Hilfsmittel nicht abgeholt wurde (z.B. Kein Empfang aufgrund Ablebens).

(10) Für Versicherte, die einen Anspruch auf ein bestimmtes Hilfsmittel haben (bspw. Straßenschuhe), aufgrund Ihrer individuellen Situation allerdings stattdessen ein anderes Hilfsmittel benötigen würden (bspw. Hausschuhe), kann der Anspruch der Versorgung nach Betrachtung des Einzelfalles umgekehrt werden, sofern der Versicherte die umgekehrte Versorgung wünscht.

(11) Ein Anspruch der Versicherten der KKH 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

(12) Ein Anspruch der Versicherten der KKH auf Versorgung mit Sportschuhen besteht nur dann, wenn sie zur Teilnahme an anderen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erforderlich sind (z. B. Funktionstraining/Reha-Sport) 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 Nutzungsdauer und Mehrfachausstattung

(1) Laut Produktgruppendefinition des Hilfsmittelverzeichnisses ist davon auszugehen, dass orthopädische Straßenschuhe 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. Reparaturen von orthopädischen Maßschuhen, die die Gebrauchsfähigkeit erhalten, sind Gegenstand dieses Vertrages.

(2) Ist es seitens des Versicherten der ausdrückliche Wunsch, eine Reparatur seines Schuhs einer Neuversorgung vorzuziehen, so behält sich die KKH jedoch vor, Reparaturen bei Verschleiß im Sinne der Wirtschaftlichkeit und dem verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen bei entsprechendem Antrag zu prüfen und zu genehmigen.
Folgende Voraussetzungen sind konkret im Rahmen eines elektronischen Kostenvoranschlages aufzuzeigen:

- Welcher Schuh zur Reparatur vorliegt (z.B.: Straßenschuh links mit Versorgungsdatum vom xx.xx.xxxx)
- Welcher Defekt vorliegt

Die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Reparatur muss seitens des Leistungserbringers erkennbar sein, da diese grundsätzlich eine Verlängerung der Nutzungsdauer erzielen sollte.

(3) Bei Verwendung der Hilfsmittelposition 31.99.99.0999 „Sonderarbeiten nach Kostenvoranschlag“ ist der Aufwand detailliert für die kalkulierte Arbeitszeit sowie die Materialkosten anzugeben.

(4) Sofern ein orthopädischer Maßschuh im Sinne der Wirtschaftlichkeit nicht mehr reparabel ist und eine Neuversorgung notwendig wird, können keine weiteren Reparaturen an dem Urprodukt zu Lasten der KKH beantragt werden.

(5) Bei einer Versorgung mit orthopädischen Schuhen ist die zusätzliche Ausstattung mit Zurichtungen oder mit Schuheinlagen der PG 08 „Einlagen“ an konfektionierten Schuhen grundsätzlich ausgeschlossen.

§ 4 Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen

4.1. Produktauswahl

(1) Die Auswahl der individuellen Schuhversorgung sowie erforderlichen Zurichtungen zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten obliegen grundsätzlich dem Leistungserbringer. Vgl. hierzu § 2 Satz 1.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet den Versicherten verschiedene Hersteller und eine Auswahl an konfektionierten Produkten je 7-Steller vorzustellen und bei Bedarf vorzuzeigen. Eine Abgabe von nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Schuhen (z. B. Wanderschuhe anstelle von Therapieschuhen) ist nicht statthaft. Es sind alle aufgeführten erforderlichen Leistungen/Zusatzarbeiten mit dem Vertragspreis abgegolten. Alle Dienstleistungen sind im Rahmen der Versorgung umfasst. Weitere medizinische erforderliche Leistungen/Zusatzarbeiten sind zu begründen und erfordern eine ärztliche Verordnung. Im eKV ist die beabsichtigte Versorgung mit Therapieschuhen aufzuführen. In der Rechnungslegung ist die Bezeichnung (10-Steller) der tatsächlich abgegebenen Therapieschuhe anzugeben.

(3) Bei Zurichtungen an konfektionierten Schuhen kann die vereinbarte Patientenerklärung (Anlage 6) vom Leistungserbringer ausgefüllt und vom Versicherten zu unterschrieben werden. 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 kann der Leistungserbringer zu eigenen Dokumentationszwecken aufbewahren. Der Leistungserbringer entscheidet für sich, ob diese Dokumentation erfolgt, das Risiko bei fehlendem Leistungsanspruch trägt der Leistungserbringer.

4.2. Zusätzliche Anforderungen bei diabetischen Versorgungen

(1) Verordnungen für Diabetesversorgungen müssen ausführliche Angaben zum Diabetestyp (Typ I und II) aufweisen. Ist dies nicht der Fall, muss seitens des Leistungserbringers eine Klärung mit dem behandelnden Arzt herbeigeführt werden. Neben der ärztlichen Verordnung ist bei diabetischen Versorgungen gemäß dieser Anlage der „Befunderhebungsbogen“ (Anlage 2.7) vollständig ausgefüllt der Krankenkasse bei Antragsstellung vorzulegen.

(2) 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, das den Richtlinien des DGOOC entspricht.
  Sollten im Rahmen der Fortschreibungen des HMVO die Teilnahmeberechtigungen für diesen Versorgungsbereich aktualisiert werden, gelten die dort geregelten Übergangsfristen auch für diesen Vertrag bzw. die Vertragsparteien treffen dazu eine neue Regelung.

(3) Orthopädische Schuhe der Kategorie 2 (Diabetesschutzschuh) sind gemäß den Ausführungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu fertigen, mit einer geschlossenen Vorder- und Hinterkappe. Eine zehen- und/oder fersenfreie Versorgung (z. B. Sandalen) scheidet grundsätzlich aus (vgl. Hilfsmittelverzeichnis). KKH Versicherte mit Diabetischen Polyneuropathien samt ausgeprägter Neuropathie sind grundsätzlich nicht mit zehen- und/oder fersenfreien Schuhen zu versorgen. Ist diese Form der Schuhversorgung der ausdrückliche Wunsch des Versicherten, so behält sich die KKH die Prüfung einer Kostenübernahme vor. Voraussetzung ist, dass der Versicherte seitens der Leistungserbringer über das gesundheitliche Risiko aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung ist mittels Anlage 2.8 zu dokumentieren, vom Versicherten und dem Leistungserbringer zu unterschreiben und dem Antrag beizufügen.

Sofern die ärztliche Verordnung ausdrücklich die Notwendigkeit von fersen- oder zehenoffenen Schuhen bescheinigt, behält sich die KKH die Einbindung des MD vor. Bescheinigt die ärztliche Verordnung nicht ausdrücklich die Notwendigkeit von fersen- oder zehenoffenen Schuhen, hat der verordnende Arzt bei der Auswahl einer fersen- und zehenoffenen Versorgung die Notwendigkeit ggf. mittels einer neuen Verordnung zu begründen.

(4) In den Kategorien 3 bis 5 sind bei der Versorgung von Diabetikern bei entsprechender ärztlicher Verordnung einer Diabetesausstattung die in Anlage 2.2 „Vergütungsübersicht“ vorgesehenen jeweiligen Vergütungsbeträge für den orthopädischen Maßschuh inklusive Diabetesausstattung abrechnungsfähig. Der Zuordnung der Risikogruppen beim Diabetischen Fußsyndrom zu den vereinbarten Versorgungskategorien liegt das in Anlage 2.6 „Risikogruppen beim diab. Fuß“ dargestellte Schema zugrunde.

4.3. Einweisung und Abgabe/Lieferung

(1) Es erfolgt eine sachgerechte, persönliche Abgabe der orthopädischen Schuhe mit Anprobe sowie die Einweisung in den bestimmungsgemäßen Gebrauch. Die Einweisung erstreckt sich auf die vom Hersteller/Leistungserbringer vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels sowie die Pflege und Reinigung. Ziel der Einweisung ist, dass die Versicherten in den Stand versetzt werden, das Hilfsmittel im alltäglichen Gebrauch sicher zu nutzen.

(2) Die ordnungsgemäße Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten hat sich der Leistungserbringer durch eine vom Versicherten selbst, von seinem gesetzlichen oder beauftragten Vertreter (zum Beispiel Betreuer, Vormund, bevollmächtigte Person im Sinne der §§ 164 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) unterschriebenen Empfangsbestätigung unter Angabe des Datums der Leistungserbringung quittieren zu lassen. Aus der Empfangsbestätigung muss hervor gehen, wer die Empfangsbestätigung unterschrieben hat. Quittierungen im Voraus sind unzulässig. Die Empfangsbestätigung ist zwingender Bestandteil der Abrechnungsunterlagen.

4.4. Service

(1) Der Leistungserbringer gewährleistet eine telefonische Erreichbarkeit gegenüber den Versicherten und der KKH. Bei erstmaliger Kontaktaufnahme sind dem Versicherten die Kontaktdaten des Leistungserbringers (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse und Telefonnummer) mitzuteilen.

§ 5 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 der Anlage 2.2 „Vergütungsübersicht“. 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 (vgl. §1).

(2) Eine separate Abrechnung nach Position 31.03.06.0004 „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 kleinen abgestuften Veränderungen aufgrund von Wachstum oder anatomischen Veränderungen eine Leistenumstellung erforderlich ist.

In beiden Fällen ist eine ärztliche Verordnung über die Leistenumstellung zwingend vorzulegen.

(3) 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 Krankenkasse ein gesonderter Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Im Kostenvoranschlag ist die Schuhart (Straßenschuh/Hausschuh etc.) sowie der Grund für die Leistung anzugeben. Die Gewährleistung für die Passform von 6 Monaten gilt in diesen Fällen nicht.

Anlage 2.2: „Vergütungsübersicht Schuhe (PG 31)“

Vergütungsübersicht Teil I

für
orthopädische Maßschuhe

mit Gültigkeit ab 01.11.2026

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

1999Q25

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	**Bezeichnung**
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2 = ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweis zur Verwednung des Kennzeichen Hilfsmittel
KZH 00 = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe.
KZH 04 = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner.

Kategorie 1	
Schutzschuh mit herausnehmbarer Weichpolstereinlegesohle	
Indikationen:	• Diabetische Füße mit Sensibilitätsverlust durch PNP/pAVK
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe II
Produkt-/ Leistungsbeschreibung	Der Schutzschuh ist ein konfektionierter Schuh für einzelne Krankheitsbilder wie Rheuma oder Angioneuropathie. Alle derartigen konfektionierten Spezial-/Schutzschuhe berücksichtigen nur einzelne Symptome des jeweiligen Krankheitsbildes. Darüber hinaus erfüllen sie die Grundanforderungen an fußgerechtes Schuhwerk, wie es auch für gesunde Menschen zum Einsatz kommen sollte. Gegenüber individuell und behindertengerecht hergestellten Maßschuhen wurde ihre Wirksamkeit klinisch und medizinisch bisher nicht nachgewiesen.
Fertigung/Leistungsinhalt	• genügend Raum für die Zehen in Länge und Höhe, • ausreichende Breite, • vermeiden drückender Nähte in druckgefährdeten Bereichen, • weiches Material über druckgefährdeten beweglichen Fußregionen, • keine auf den Fuß einwirkende Vorderkappe, • herausnehmbare konfektionierte Weichpolstereinlegesohle mit Druckspitzenreduzierung im Ballenbereich, • Möglichkeit einer orthopädieschuhtechnischen Zurichtung.
Anmerkungen/ Besonderheit	**Keine Kassenleistung**

Kategorie 2	
Schutzschuh mit individueller Fußbettung und ggf. erforderlicher Zurichtung	
Indikationen:	• Zur Korrektur orthopädischer Leiden in Folge diabetischer oder rheumatischer Erkrankungen, • Zustand nach plantarem Ulcus (deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Risikogruppe II), • Rheumatische Füße mit Formveränderung, welche noch über einen speziellen Konfektionsschuhleisten versorgbar sind, • Diabetes Mellitus mit Vollbild der Angiopathie (gestörte Sensibilität, eingeschränkte Durchblutung) mit Fußdeformitäten bzw. Dysproportionen, • Diabetes Mellitus mit Vollbild der Neuropathie (gestörte Sensibilität, ungestörte Durchblutung) mit Fußdeformitäten bzw. Dysproportionen.
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe III
Produkt-/ Leistungsbeschreibung	Der **Schutzschuh mit individueller Fußbettung und ggf. erforderlicher Zurichtung** ist ein konfektionierter Spezialschuh, der nur einzelne Symptome des jeweiligen Krankheitsbildes berücksichtigt und sich erst durch das Einarbeiten der orthopädischen Elemente entsprechend der ärztlichen Verordnung zur Versorgung der oben genannten Indikationen einsetzen lässt. Der Schutzschuh ist eine konfektionierte Schuhversorgung aus besonders weichem Material und frei von Druckstellen (z.B. Innennähten) für rheumatische Füße oder diabetische Füße mit Formveränderung inkl. erforderlicher Fußbettung nach Formabdruck. Er kann auch zehen- und/oder fersenfrei sein. Die im Rahmen dieses Vertrages abgegebenen konfektionierten Diabetiker-Schutzschuhe müssen den Nachweis der Wirkung und Funktionstauglichkeit erbracht haben. Dieser Nachweis kann durch eine klinische Studie oder einen strukturierten Erfahrungsbericht einer spezialisierten ärztlichen Einrichtung (z.B. Diabetes-Fußambulanz) erbracht werden.

Fertigung/Leistungsinhalt	Schutzschuh inkl. Diabetes adaptiertem Fußbett nach unbelastetem Formabdruck und Pedographie mit Versorgungsmessung und, wenn erforderlich, einer Nachkontrolle. Mindestkriterien: • genügend Raum für die Zehen in Länge und Höhe, • ausreichende Breite, • vermeiden von druckgefährdeten Nähten in beweglichen Fußregionen, • keine auf den Fuß einwirkende Vorderkappe, • individuelle Fußbettung mit Druckspitzenreduzierung im Ballenbereich, • Möglichkeit einer orthopädieschuhtechnischen Zurichtung Hinweis zum Material Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: • alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten (z.B., wenn nicht im Grundschuh enthalten, Sohlenversteifung oder Abschlusspolster im Fersen und Knöchelbereich), • (Zwischen-) Anproben • Nachkontrolle • Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	• **Wechselpaar:** Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. • **Nachlieferung:** Eine Nachlieferung mit einem Paar Schutzschuhen (Grundversorgung/Wechselpaar) kann nur schwer beurteilt werden, vielmehr hängt dies von der Gebrauchsfähigkeit der Schuhe ab. Hier gilt: Die Schuhe können ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist. Zum Nachweis dient die Anlage 2.5: „Ausstattungsbeschreibung für orthopädische Maßschuhe“ Zehen- und Fersenfreie Schuhversorgungen beim Diabetiker: bitte Anlage 2.8 beachten.

Pseudo Positionsnummer	**Hilfsmittel-Positions-Nummer**	**KZH**	**Bezeichnung**	**Preis Netto**	**UST 1 = 19 % 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung** vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		**genehmigungspflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.00.03.0220	31.03.08.0	00	Straßenschuh - Paarversorgung	850,83 €	2	76,00 €	45,00 €	x
		04						x
31.00.03.1220	31.03.08.0	00	Hausschuhe - Paarversorgung	819,27 €	2	40,00 €	20,00 €	x
		04						x

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	**Bezeichnung**
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2 = ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweis zur Verwendung des Kennzeichen Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit / Genehmigungspflicht
KZH 00 = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe.
KZH 04 = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner.
Die **PBH Wechselpaar** ist bei Nachlieferung der Erstversorgung der **Kategorien 3-5** anzugeben. Anlage 2.1: Die Versorgung mit einem Wechselpaar (zweites Paar in der Erstversorgung) soll erst dann erfolgen, wenn das erste Paar passgerecht und funktionsfähig ist und **mindestens vier Wochen** positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Die Beantragung (sofern erforderlich) bzw. Fertigung der Wechselversorgung hat dementsprechend erst nach erfolgreicher Erprobung zu erfolgen. Hierfür ist eine separate Verordnung erforderlich.
Orthopädische Maßschuhe unterliegen grundsätzlich der Genehmigungspflicht. **Ausnahme:** bei Nachlieferungen von **orthopädischen Maßschuhen der Kategorien 3-5** mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer, können diese unter Angabe des Hilfsmittelkennzeichens 04 direkt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn unterschiedliche Kategorien in einer Versorgungseinheit betroffen sind, sofern eine Genehmigung bei der Erstversorgung erteilt wurde. Voraussetzung hierfür sind die Einhaltung der Versorgungszeiträume: Wechselversorgung KZH 04 + PBH nach Mindesttragedauer von 4 Wochen sowie Nachlieferung KZH 04 > 24 Monate Tragedauer bei Straßenschuhen und > 48 Monate Tragedauer bei Haus-, Sport- und Badeschuhen

Kategorie 3	
Indikationen	• Amputation kurzer Mittelstumpf (Sharp-Jäger), • Amputation längerer Mittelstumpf (Sharp), • Amputation D1 im Grundgelenk, • PNP/pAVK - und Fußdeformität, • Apophysitis calcanel mit ausgeprägter Deformierung, • Calcaneusfraktur (siehe Arthrose im Fußwurzelbereich), • Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 3 bis 4 cm, • Hackenfuß (Pes calcaneus), • Hallux valgus bis 40 Grad, • Spreizfuß mit Hallux valgus über 40 Grad bzw. Hammerzehen (Krallenzehen) über 3 cm Höhe, • Hammerzehen / Krallenzehen bis 3 cm, • Hohlfuß (Pes excavabus), • Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzehe sowie Hallux valgus), • Sichelfuß (Pes adductus), • Klumpfuß – Teilkontrakt, • Klumpfuß – Kontrakt, • Spitzfuß-Klumpfuß, • Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörung und Versteifung der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen), • Lähmung - schlaff, • Lymphödem, • Plattfuß mit nicht oder teilweise korrigierbarem Verlust des Längsgewölbes
Indikation Interimsversorgung	• Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen, • Akuter Diab. Fuß, • Postoperative Versorgung, • Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen, • Momentane Schwellungszustände
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe IV

Produkt-/ Leistungsbeschreibung	Kategorie 3 umfasst alle Indikationen, die mit Halbschuhen ausreichend versorgt werden können. Einzelheiten sind der Indikationsliste in Anlage 2.3 und 2.4 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist exakt über einen individuell hergestellten Leisten, entsprechend den Größen- und Formverhältnissen des erkrankten oder form- und funktionsgestörten Fußes, in handwerklicher Einzelanfertigung zu erstellen, wobei die Regeln der Statik und Dynamik des Fußes und das Therapieziel beim Schuhaufbau besonders zu berücksichtigen sind. Dies ist durch Abnahme der Maße sowie durch Belastungs- und Formabdruck in entsprechender Höhe des zu versorgenden Fußes zu gewährleisten.
Fertigung/ Leistungsinhalt	• **Leistenarbeit inkl. Änderung** Kammleisten: aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung) • **Bettungsarbeiten** Lederdecke oder gleichwertiges Material der Fußform angepasst, Korkausgleich oder andere gleichwertige Materialien bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 4,0 cm ein- oder beidseitig Polstersohle möglich. incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Bettungsarbeiten für Badeschuhe** Wasserfeste Decke der Fußform angepasst, Bettungsausgleich aus wasserfestem Material, Innensohle bis zu einem Verkürzungs-ausgleich bis 4,0 cm ein- oder beidseitig. • **Bettungsarbeiten für Interimsschuh** Decke der Fußform angepasst, Bettungsausgleich, Innensohle bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 4,0 cm ein- oder beidseitig. • **Schaftarbeiten** Schaftmodell - Standardausführung-, Boxcalfleder oder andere gleichwertige Leder, Seitenteile (Quartier), Vorderteil (Blatt) und Lasche mit Leder oder anderen gleichwertigen Materialien gefüttert, Ösen, Agraffen, Schnürsenkel, Reißer, Klettverschluss; auch ohne Vorderkappe zehenfrei möglich; Laschenpolster und Quartierpolster ist bei Erfordernis zu fertigen. • **Schaftarbeiten für Interimsschuh** Schaftteil aus leichtem und nachgiebigem Kunststoff / Lederersatzstoff / Filz oder anderen gleichwertigen Materialien, Vorfußersatz ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Schaftarbeiten für Badeschuhe** Schaftteil aus Kunststoff (Silikon, Prix oder ähnliches wasserfestes, thermoplastisch verformbares Material) oder andere gleichwertige Materialien incl. Vorfußersatz ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Bodenbau-Arbeiten** Brandsohle, Hinterkappe nach beiden Seiten verlängert, Vorderkappe, Überstemme, Gelenkfeder, Gelenkstück, Ausballung, Laufsohle, Absatz auch andere Absatzformen wie Flügelabsatz oder Absatzverbreiterungen, Puffer- und Abrollabsätze ein- oder beidseitig können erforderlich sein; alle Rollentechniken an der Bettung oder unter der Brandsohle oder Sohle, wie Abrollsohlen, Schmetterlingsrollen, Innen - oder Außenranderhöhung sowie Bodenversteifung sind bei Erfordernis zu fertigen. • **Hinweis zum Material** Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.

Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst • alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten, • (Zwischen-) Anproben, • Nachkontrolle, • Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	• **Wechselpaar:** Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. • **Nachlieferung:** Eine Nachlieferung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist. Zum Nachweis dient die Anlage 2.5: „Ausstattungsbeschreibung für orthopädische Maßschuhe“

Positionsnummer für Produktbesonderheiten	**Die Produkbesonderheiten (siehe Tabelle) sind zwingend für die Beantragung und Abrechnung anzugeben**			
Pseudo Positionsnummer Produktart	**KZH**	**Bezeichnung**	**Produktbesonderheit**	**Produktbesonderheit**
Kat. 3-5 Wechselpaar			Wechselpaar Erwachsene	Wechselpaar Kind
31.00.	04	Orthopädischer Straßenschuh	0000600001	1200600009
31.00.	04	Orthopädischer Hausschuh	0000600002	1200600010
31.00.	04	Orthopädischer Sportschuh	0000600003	1200600011
31.00.	04	Orthopädischer Badeschuh	0000600004	1200600012
Kat. 3-5 Nachlieferung			Nachlieferung Erwachsene	Nachlieferung Kind
31.00.	04	Orthopädischer Straßenschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Hausschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Sportschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Badeschuh	0000000000	0000000000

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh							
31.00.03.0320	00	Paarversorgung	1.473,43 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.03.0310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	736,72 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.07.0320	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	1.877,28 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.07.0310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	938,64 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
Orthopädischer Hausschuh							
31.00.03.1320	00	Paarversorgung	1.431,36 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.03.1310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	715,68 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.1320	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	1.835,22 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.1310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	917,61 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
Orthopädischer Sportschuh							
31.00.03.2320	00	Paarversorgung	1.488,16 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.03.2310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	744,08 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.2320	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	1.908,84 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.2310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	954,42 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Badeschuh							
31.00.03.3320	00	Paarversorgung	1.309,37 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.03.3310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	654,68 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.07.3320	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	1.761,60 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.07.3310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	880,80 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
Interimsschuh							
31.00.03.4320	00	Paarversorgung	1.351,43 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.03.4310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	675,72 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.07.4320	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	1.803,67 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.07.4310	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	901,83 €	2	-	-	x
	04						x

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	**Bezeichnung**
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2 = ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweis zur Verwendung des Kennzeichen Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit / Genehmigungspflicht
KZH 00 = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe.
KZH 04 = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner.
Die **PBH Wechselpaar** ist bei Nachlieferung der Erstversorgung der **Kategorien 3-5** anzugeben. Anlage 2.1: Die Versorgung mit einem Wechselpaar (zweites Paar in der Erstversorgung) soll erst dann erfolgen, wenn das erste Paar passgerecht und funktionsfähig ist und **mindestens vier Wochen** positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Die Beantragung (sofern erforderlich) bzw. Fertigung der Wechselversorgung hat dementsprechend erst nach erfolgreicher Erprobung zu erfolgen. Hierfür ist eine separate Verordnung erforderlich.
Orthopädische Maßschuhe unterliegen grundsätzlich der Genehmigungspflicht. **Ausnahme:** bei Nachlieferungen von **orthopädischen Maßschuhen der Kategorien 3-5** mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer, können diese unter Angabe des Hlfsmittelkennzeichens 04 direkt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn unterschiedliche Kategorien in einer Versorgungseinheit betroffen sind, sofern eine Genehmigung bei der Erstversorgung erteilt wurde. Voraussetzung hierfür sind die Einhaltung der Versorgungszeiträume: Wechselversorgung KZH 04 + PBH nach Mindesttragedauer von 4 Wochen sowie Nachlieferung KZH 04 > 24 Monate Tragedauer bei Straßenschuhen und > 48 Monate Tragedauer bei Haus-, Sport- und Badeschuhen

Kategorie 4	
Indikationen	• Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger), • Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc), • Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger), • Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke, auch als Verletzungsfolgen), • Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk, • Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 4,5 bis 8 cm, • Hackenfuß (Pes calcaneus), • Hohlfuß (Pes excavatus), • Klumpfuß - Teilkontrakt, • Klumpfuß – Kontrakt, • Spitz-Klumpfuß, • Calcaneusfraktur, • Plattfuß mit nicht oder teilweise korrigierbarem Verlust des Längsgewölbes, • Lähmung – schlaff, • Lähmung – spastisch, • Gigantismus (Elephantiasisähnliche Zustände), • Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzehe sowie Hallux valgus), • Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung, • Lymphödem
Indikation Interimsversorgung	• Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen, • Akuter Diab. Fuß, • Postoperative Versorgung, • Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen, • Momentane Schwellungszustände
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe V + VI

Produkt-/ Leistungsbeschreibung	Kategorie 4 umfasst alle Indikationen, die i.d.R. mit einer knöchelübergreifenden Versorgung (bis 15 cm Höhe) ausreichend versorgt werden können. Einzelheiten sind der Indikationsliste in Anlage 2.3 und 2.4 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist exakt über einen individuell hergestellten Leisten, entsprechend den Größen- und Formverhältnissen des erkrankten oder form- und funktionsgestörten Fußes, in handwerklicher Einzelanfertigung zu erstellen, wobei die Regeln der Statik und Dynamik des Fußes und das Therapieziel beim Schuhaufbau besonders zu berücksichtigen sind. Dies ist durch Abnahme der Maße sowie durch Belastungs- und Formabdruck in entsprechender Höhe des zu versorgenden Fußes zu gewährleisten.
Fertigung/ Leistungsinhalt	• **Leistenarbeit inkl. Änderung** Kamm- oder Knöchelleisten. Leisten- und Schafthöhe bis 15 cm aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung) • **Bettungsarbeiten** Lederdecke oder gleichwertiges Material der Fußform angepasst, Korkausgleich oder andere gleichwertige Materialien bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 8,0 cm ein- oder beidseitig Polstersohle möglich. Bei Erfordernis sind Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig zu fertigen. • **Bettungsarbeiten für Badeschuhe** Wasserfeste Decke der Fußform angepasst, Bettungsausgleich aus wasserfestem Material, Innensohle bis zu einem Verkürzungs-ausgleich bis 8,0 cm, ein- oder beidseitig incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig sind bei Erfordernis zu fertigen. • **Bettungsarbeiten für Interimsschuh** Decke der Fußform angepasst, Bettungsausgleich Innensohle bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 4,0 cm. • **Schaftarbeiten** Schaftmodell - Standardausführung-, Boxcalfleder oder andere gleichwertige Leder, Seitenteile (Quartier), Vorderteil (Blatt) und Lasche mit Leder oder anderen gleichwertigen Materialien gefüttert, Ösen, Agraffen, Schnürsenkel, Reißer, Klettverschluss; auch ohne Vorderkappe zehenfrei möglich; Laschenpolster und Quartierpolster ist bei Erfordernis zu fertigen. • **Schaftarbeiten für Badeschuhe** Schaftteil aus Kunststoff (Silikon, Prix oder ähnliches wasserfestes, thermoplastisch verformbares Material) oder andere gleichwertige Materialien incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Schaftarbeiten für Interimsschuh** Schaftteil aus leichtem und nachgiebigem Kunststoff / Lederersatzstoff / Filz oder anderen gleichwertigen Materialien incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Bodenbau-Arbeiten** Brandsohle, Hinterkappe nach beiden Seiten verlängert, Knöchelkappen mit Polster innen oder außen ein- oder beidseitig möglich. Bei Erfordernis kann die kleine Peronäuskappe ein- oder beidseitig enthalten sein. Vorderkappe, Überstemme, Gelenkfeder, Gelenkstück, Ausballung, Laufsohle, Absatz auch andere Absatzformen wie Flügelabsatz oder Absatzverbreiterungen, Puffer- und Abrollabsätze ein- oder beidseitig sind bei Erfordernis zu fertigen. Alle Rollentechniken an der Bettung oder unter der Brandsohle oder Sohle, wie Abrollsohlen, Schmetterlingsrollen, Innen - oder Außenranderhöhung sowie Bodenversteifung sind bei Erfordernis zu fertigen. • **Hinweis zum Material** Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.

Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst • alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten, • (Zwischen-) Anproben, • Nachkontrolle, • Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	• **Wechselpaar:** Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. • **Nachlieferung:** Eine Nachlieferung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist. Zum Nachweis dient die Anlage 2.5: „Ausstattungsbeschreibung für orthopädische Maßschuhe“

Positionsnummer für Produktbesonderheiten	**Die Produkbesonderheiten (siehe Tabelle) sind zwingend für die Beantragung und Abrechnung anzugeben**			
Pseudo Positionsnummer Produktart	**KZH**	**Bezeichnung**	**Produktbesonderheit**	**Produktbesonderheit**
Kat. 3-5 Wechselpaar			Wechselpaar Erwachsene	Wechselpaar Kind
31.00.	04	Orthopädischer Straßenschuh	0000600001	1200600009
31.00.	04	Orthopädischer Hausschuh	0000600002	1200600010
31.00.	04	Orthopädischer Sportschuh	0000600003	1200600011
31.00.	04	Orthopädischer Badeschuh	0000600004	1200600012
Kat. 3-5 Nachlieferung			Nachlieferung Erwachsene	Nachlieferung Kind
31.00.	04	Orthopädischer Straßenschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Hausschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Sportschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Badeschuh	0000000000	0000000000

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh							
31.00.03.0420	00	Paarversorgung	1.898,32 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.03.0410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	949,16 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.07.0420	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.255,90 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.07.0410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.127,95 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
Orthopädischer Hausschuh							
31.00.03.1420	00	Paarversorgung	1.866,77 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.03.1410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	933,38 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.1420	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.213,83 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.1410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.106,91 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
Orthopädischer Sportschuh							
31.00.03.2420	00	Paarversorgung	1.929,87 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.03.2410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	964,93 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.2420	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.271,67 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.2410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.109,54 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Badeschuh							
31.00.03.3420	00	Paarversorgung	1.751,08 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.03.3410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	875,54 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.07.3420	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.182,28 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.07.3410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.091,14 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
Interimsschuh							
31.00.03.4420	00	Paarversorgung	1.814,18 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.03.4410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	907,09 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.07.4420	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.276,93 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.07.4410	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.138,47 €	2	-	-	x
	04						x

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	**Bezeichnung**
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2 = ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweis zur Verwendung des Kennzeichen Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit / Genehmigungspflicht
KZH 00 = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe.
KZH 04 = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner.
Die **PBH Wechselpaar** ist bei Nachlieferung der Erstversorgung der **Kategorien 3-5** anzugeben. Anlage 2.1: Die Versorgung mit einem Wechselpaar (zweites Paar in der Erstversorgung) soll erst dann erfolgen, wenn das erste Paar passgerecht und funktionsfähig ist und **mindestens vier Wochen** positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Die Beantragung (sofern erforderlich) bzw. Fertigung der Wechselversorgung hat dementsprechend erst nach erfolgreicher Erprobung zu erfolgen. Hierfür ist eine separate Verordnung erforderlich.
Orthopädische Maßschuhe unterliegen grundsätzlich der Genehmigungspflicht. **Ausnahme:** bei Nachlieferungen von **orthopädischen Maßschuhen der Kategorien 3-5** mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer, können diese unter Angabe des Hlfsmittelkennzeichens 04 direkt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn unterschiedliche Kategorien in einer Versorgungseinheit betroffen sind, sofern eine Genehmigung bei der Erstversorgung erteilt wurde. Voraussetzung hierfür sind die Einhaltung der Versorgungszeiträume: Wechselversorgung KZH 04 + PBH nach Mindesttragedauer von 4 Wochen sowie Nachlieferung KZH 04 > 24 Monate Tragedauer bei Straßenschuhen und > 48 Monate Tragedauer bei Haus-, Sport- und Badeschuhen

Kategorie 5	
Indikationen	• Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona Jäger), • Amputation sehr kurzer Fußwurzelstumpf-Rückfußstumpf (Chopart, Pirogoff), • Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk, • Arthrodesenversorgung – postoperativ (Feststellabrollschuh), • Beinlängendifferenz oder Spitzfuß ab 8,5 cm, • Spitz-Klumpfuß, • Lähmung – schlaff, • Lähmung - spastisch, • Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung
Indikation Interimsversorgung	• Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß- und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen, • Akuter Diab. Fuß, • Postoperative Versorgung, • Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen, • Momentane Schwellungszustände
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe V + VI
Produkt-/ Leistungsbeschreibung	Kategorie 5 umfasst alle Indikationen, die i.d.R. mit einer Versorgung über 15 cm Schafthöhe gearbeitet werden müssen. Dies gilt grundsätzlich bei allen Arbeiten mit großen Peronaeus- oder Arthrodesenkappen. Einzelheiten sind der Indikationsliste in Anlage 2.3 und 2.4 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist exakt über einen individuell hergestellten Leisten, entsprechend den Größen- und Formverhältnissen des erkrankten oder form- und funktionsgestörten Fußes, in handwerklicher Einzelanfertigung zu erstellen, wobei die Regeln der Statik und Dynamik des Fußes und das Therapieziel beim Schuhaufbau besonders zu berücksichtigen sind. Dies ist durch Abnahme der Maße sowie durch Belastungs- und Formabdruck in entsprechender Höhe des zu versorgenden Fußes zu gewährleisten.

Fertigung/ Leistungsinhalt	• **Leistenarbeit inkl. Änderung** Sonderleisten/Beinleisten: Leisten- und Schafthöhe bis 30 cm aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung). • **Bettungsarbeiten** Lederdecke oder gleichwertiges Material der Fußform angepasst, Korkausgleich oder andere gleichwertige Materialien bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 12,0 cm, ein- oder beidseitige Polstersohle möglich. Bei Erfordernis sind Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig zu fertigen. • **Bettungsarbeiten für Badeschuh** Wasserfeste Decke der Fußform angepasst, Bettungsausgleich aus wasserfestem Material, Innensohle bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 12,0 cm, ein- oder beidseitig incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig sind bei Erfordernis zu fertigen. • **Bettungsarbeiten für Interimsschuh** Decke der Fußform angepasst, Bettungsausgleich Innensohle bis zu einem Verkürzungsausgleich bis 4,0 cm ein- oder beidseitig. • **Schaftarbeiten** Schaftmodell - Standardausführung-, Boxcalfleder oder andere gleichwertige Leder, Seitenteile (Quartier), Vorderteil (Blatt) und Lasche mit Leder oder anderen gleichwertigen Materialien gefüttert, Ösen, Agraffen, Schnürsenkel, Reißer, Klettverschluss; Laschenpolster und Quartierpolster ist bei Erfordernis zu fertigen. • **Schaftarbeiten für Badeschuhe** Schaftteil aus Kunststoff (Silikon, Prix oder ähnliches wasserfestes, thermoplastisch verformbares Material) oder andere gleichwertige Materialien incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Schaftarbeiten für Interimsschuh** Schaftteil aus leichtem und nachgiebigem Kunststoff / Lederersatzstoff / Filz oder gleichwertigen Materialien incl. Vorfußersatz und Stützlasche ein- oder beidseitig können enthalten sein. • **Bodenbau-Arbeiten** Brandsohle, Hinterkappe nach beiden Seiten verlängert, Knöchelkappen mit Polster innen oder außen ein- oder beidseitig möglich. Bei Bedarf kann die Peronäus- oder Arthrodesenkappe ein- oder beidseitig enthalten sein. Vorderkappe, Überstemme, Gelenkfeder, Gelenkstück, Ausballung, Laufsohle, Absatz auch andere Absatzformen wie Flügelabsatz oder Absatzverbreiterungen, Puffer- und Abrollabsätze ein- oder beidseitig sind bei Erfordernis zu fertigen. Alle Rollentechniken an der Bettung oder unter der Brandsohle oder Sohle, wie Abrollsohlen, Schmetterlingsrollen, Innen- oder Außenranderhöhung sind bei Erfordernis zu fertigen. Bodenversteifung bei Erfordernis ebenfalls zu fertigen. • **Hinweis zum Material** Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.

Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst • alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten, • (Zwischen-) Anproben, • Nachkontrolle, • Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	• **Wechselpaar:** Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. • **Nachlieferung**: Eine Nachlieferung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist. Zum Nachweis dient die Anlage 2.5: „Ausstattungsbeschreibung für orthopädische Maßschuhe“

Positionsnummer für Produktbesonderheiten	**Die Produkbesonderheiten (siehe Tabelle) sind zwingend für die Beantragung und Abrechnung anzugeben**			
Pseudo Positionsnummer Produktart	**KZH**	**Bezeichnung**	**Produktbesonderheit**	**Produktbesonderheit**
Kat. 3-5 Wechselpaar			Wechselpaar Erwachsene	Wechselpaar Kind
31.00.	04	Orthopädischer Straßenschuh	0000600001	1200600009
31.00.	04	Orthopädischer Hausschuh	0000600002	1200600010
31.00.	04	Orthopädischer Sportschuh	0000600003	1200600011
31.00.	04	Orthopädischer Badeschuh	0000600004	1200600012
Kat. 3-5 Nachlieferung			Nachlieferung Erwachsene	Nachlieferung Kind
31.00.	04	Orthopädischer Straßenschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Hausschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Sportschuh	0000000000	0000000000
31.00.	04	Orthopädischer Badeschuh	0000000000	0000000000

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh							
31.00.03.0520	00	Paarversorgung	2.245,38 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.03.0510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	1.122,69 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.07.0520	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.760,71 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
31.00.07.0510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.380,36 €	2	76,00 €	45,00 €	x
	04						
Orthopädischer Hausschuh							
31.00.03.1520	00	Paarversorgung	2.203,31 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.03.1510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	1.101,66 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.1520	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.655,54 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.1510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.327,77 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
Orthopädischer Sportschuh							
31.00.03.2520	00	Paarversorgung	2.245,38 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.03.2510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	1.122,69 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.2520	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.760,71 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						
31.00.07.2510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.380,36 €	2	40,00 €	20,00 €	x
	04						

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Badeschuh							
31.00.03.3520	00	Paarversorgung	2.276,93 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.03.3510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	1.138,47 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.07.3520	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.739,68 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
31.00.07.3510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.369,84 €	2	25,00 €	14,00 €	x
	04						
Interimsschuh							
31.00.03.4520	00	Paarversorgung	2.287,45 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.03.4510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	1.143,72 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.07.4520	00	Paarversorgung mit Diabetesausstattung	2.781,75 €	2	-	-	x
	04						x
31.00.07.4510	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien mit Diabetesausstattung	1.390,87 €	2	-	-	x
	04						x

Innenschuhe	
Indikationen	• Beinlängendifferenz, die nicht nur durch Zurichtungen am Konfektionsschuh ausgeglichen werden kann • Fußinstabilität, die mit Bandagen nicht ausreichend versorgt werden kann • Lähmungszustände, die mit Fußheberorthesen nicht ausreichend kompensiert werden können • Fußergänzungen, sofern wirtschaftlicher als Fußteilersatzprothesen
Produkt-/ Leistungsbeschreibung	Im Falle der Versorgung mit einem orthopädischen Innenschuh kann nur dann ein Maßschuh nach Kategorie 3 abgegeben werden, wenn eine Versorgung mit einem konfektionierten Schuh (ggf. ergänzt durch orthopädische Zurichtungen) nicht möglich ist. Die Versorgung mit einem Maßschuh ist der Kasse im Kostenvoranschlag ausführlich und nachvollziehbar zu begründen.
Fertigung/ Leistungsinhalt	Der orthopädische Innenschuh ist exakt über einen individuell hergestellten Leisten, entsprechend den Größen- und Formverhältnissen des erkrankten oder form- und funktionsgestörten Fußes, in handwerklicher Einzelanfertigung zu erstellen, wobei die Regeln der Statik und Dynamik des Fußes und das Therapieziel beim Schuhaufbau besonders zu berücksichtigen sind. Dies ist durch Abnahme der Maße sowie durch Be-lastungs- und Formabdruck (auf Gips) in entsprechender Höhe des zu versorgenden Fußes zu gewährleisten. Wird der Innenschuh i.V. mit Konfektionsschuhen eingesetzt, können zusätzlich erforderliche orthopädische Schuhzurichtungen entsprechend der Vertragspreise abgerechnet werden. Unterschenkelorthese in Carbonfasertechnik mit gegossenem Fußteil, durchgehend gearbeitet, mit Polsterung und Velcroverschlüssen oder in tiefgezogener Kunststofftechnik, mit Leder gewalkt, versteift und gepolstert und mit Velcroverschlüssen und/oder mit Schnürung versehen. Hinweis zum Material: Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst • alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten, • (Zwischen-) Anproben, • Nachkontrolle, • Hausbesuche

Pseudo Positionsnummer	KZH	Bezeichnung	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
					Erwachsene	Kinder	
Innenschuh							
31.00.03.5620	00	Paarversorgung	eKV	2	-	-	x
	04						x
31.00.03.5610	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	eKV	2	-	-	x
	04						x
Arthrodeseninnenschuh							
31.00.03.0031	00	Paarversorgung	eKV	2	-	-	x
	04						x
31.00.03.0030	00	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien	eKV	2	-	-	x
	04						x

Vergütungsübersicht Teil II

für

orthopädische Zurichtungen an

konfektionierten Schuhen

mit Gültigkeit ab 01.11.2026

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

1999Q25

Hinweis zur Verwednung des Kennzeichen Hilfsmittel / Genehmigungspflicht
KHZ 05 = Zurichtung Anpassung von Hilfsmitteln an die spezifischen Anforderungen der Anwender; für Instandsetzungen gilt das Kennzeichen 01 (Reparatur)
Die KKH verzichtet bei Zurichtungen am konfektionierten Schuh (31.03.04.xxxx), auf die Erstellung eines Kostenvoranschlag bis 260,00 € netto auf Verordnungsebene.

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%
31.03.04.0001	05	Einseitige Absatzverlängerung, vorgezogener Absatz	Einseitige Verlängerung des Absatzes (innen oder außen) von ca. 1,5 cm bzw. Flügel-, Schlepp- oder Stegabsatz mit abgeschrägter hinterer Kante	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.0003 Keilabsatz Nicht kombinierbar mit: 31.03.08. Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom	56,79 €	1
31.03.04.0002	05	Einseitige Absatzverbreiterung	Ganzer Absatz neu mit entsprechender Versetzung nach innen oder außen, neuer Absatzoberfleck	Nicht in Kombination abrechnungsfähig mit den Positionen 31.03.04.0001 einseitige Absatzverlängerung, abrollvorgezogener Absatz und .0003 Keilabsatz Nicht kombinierbar mit: 31.03.08. Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom	65,73 €	1
31.03.04.0003	05	Keilabsatz	Keilabsatz zur Stabilisierung des Auftritts, wenn erforderlich nach innen oder außen versetzt, neuer Absatzfleck	Nicht in Kombination abrechnungsfähig mit den Positionen 31.03.04.0001 einseitige Absatzverlängerung, abrollvorgezogener Absatz und 31.03.04.0002 einseitige Absatzverbreiterung	65,73 €	1
31.03.04.0006	05	Abschlag bei Mehrfach-verordnung am Absatz	Bei Zusammentreffen von einzelnen Positionen (pro Verordnung) der Produktarten "Arbeiten am Absatz" (31.03.04.0), "Arbeiten zur Schuherhöhung" (31.03.04.1) und "Arbeiten an der Sohle" (31.03.04.2) ist wegen der Doppelbelegung der Absatzarbeiten ein Abschlag zu verrechnen.		-17,67 €	1
31.03.04.0007	05	Anbringen eines vorhan-denen Schuhbügels	Einbau eines ein- oder zweiseitigen Schuhbügels mit Absatzaufbau einschließlich aller Bohr- und Befestigungsarbeiten.	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhe	107,27 €	1

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%
31.03.04.1000	05	Verkürzungsausgleich im Absatzbereich bis 1 cm, innen oder außen	Erhöhung innen im Schuh durch Ausgleich unter der Ferse oder außen unter dem Absatz; Material der Erhöhung dem vorhandenem Schuh angepasst, wenn erforderlich neuer Absatzoberfleck, incl. einsägen.	Die Kombination mit folgenden Zurichtungen ist möglich: 31.03.04.1001/1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002 31.03.04.2003 i. V. mit 31.03.04.0006 abrechenbar. Nicht kombinierbar mit: 31.03.03.5 und 31.03.03.7	54,69 €	1
31.03.04.1001	05	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je cm (Sohle und Absatz)	Material der Erhöhung dem vorhandenen Schuh angepasst, neue Laufsohle und neuer Absatzoberfleck.	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/1003/1004/2004 Bei Kombination mit 31.03.04.1003/2000/2001/2002/2003 ist immer die Abschlags-Position 31.03.04.0006 anzuwenden. Nicht kombinierbar mit: 31.03.03.5 und 31.03.03.8	65,21 €	1
31.03.04.1003	05	Einseitige Sohlenerhö-hung mit Absatzanglei-chung	Einseitige Sohlenerhöhung (innen oder außen) am Schuhboden. Material dem vorhandenen Schuh angepasst; Abdeckung durch neue Laufsohle und Absatzangleichung durch neuen Absatzoberfleck	nicht in Kombination abrech-nungsfähig mit: 31.03.04.2000; 31.03.04.2001; 31.03.04.2002; 31.03.04.2003	65,21 €	1
31.03.04.1004	05	Entfernung einer Schu-herhöhung	Entfernung der vorhandenen Schuherhöhung (alle Höhen); Wiederherstellung der Laufsohle und des Absatzes dem anderen Schuh entsprechend, kombinierbar an max. 3 Paar Schuhen und zusätzlich, wenn der Höhenaus-gleich im Zusammenhang mit dem Tragen von Verbandschuhen und Fußteil-Entlastungs-schuhen für die nicht betroffene Seite steht	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/ 1001/ 1003/ 2000/ 2001/ 2002/ 2003 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen	46,27 €	1

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%
31.03.04.2000	05	Rolle mit rückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung	Rolle mit rückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung mit Absatzangleichung und Abdecksohle, Material der Rolle dem vorhandenen Schuh angepasst, als Mittelfuß-, Ballen-, Rigidus-, Richtungszehenrolle	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000 ausgenommen bei z. B. Achillessehnen-verkürzung, Bewegungs-einschränkung im Oberschenkelgelenk, bei Spitzfuß 31.03.04.1001/1003/1004 31.03.04.2001/2002/2003 Nicht kombinierbar mit Therapieschuhen (31.03.03.) ausgenommen 31.03.03.2, 31.03.03.7, 31.03.03.9 sowie Schutzschuhen 31.03.08	73,62 €	1
31.03.04.2001	05	Ausgleichsrolle für Ge-genseite	Ausgleichsrolle für die Gegenseite mit Absatzangleichung und Abdecksohle, Material der Rolle dem vorhandenen Schuh und gegenseitiger Rolle angepasst	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/1001/1003/1004 31.03.04.2000/2002/2003/2005/2006 am gleichen Schuh Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen	71,52 €	1
31.03.04.2002	05	Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung	Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung und Abdecksohle, auf der Außenseite leicht erhöht und verlängert, Material der Rolle dem vorhandenen Schuh angepasst	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1001/1003 31.03.04.2001/2003/2005/2006 31.03.04.3005 Nicht kombinierbar mit Produkten der Produktarten: 31.03.03.4/ 31.03.03.5 / 31.03.03.6/ 31.03.03.8 / 31.03.03.9	76,77 €	1

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%
31.03.04.2003	05	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbet-tung der Mittelfußköpf-chen	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen im Schuh, mit Absatzangleichung und Abdecksohle; Aussparung der Brandsohle und gleichzeitige Weichpolsterung der Aussparung; Material der Rolle dem vorhandenen Schuh angepasst	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000 Außer bei Achillessehnen-verkürzung, Bewegungs-einschränkung im 0SG, bei Spitzfuß 31.03.04.1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2005/2006 31.03.04.3005 In Kombination mit 31.03.04.1001 ist die Abschlags-Position 31.03.04.0006 ansetzbar Nicht kombinierbar mit 31.03.08 Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom (31.00.03.0220)	88,34 €	1
31.03.04.2004	05	Entfernung der Rolle mit rückversetztem Auftritt	Entfernung der Rolle mit rückversetztem Auftritt		44,17 €	1
31.03.04.2005	05	Zehenrolle	Zehenrolle mit Rollenscheitel jenseits des Zehengelenks distal verlagert. Sie führt so zu einer Verlängerung des Fußhebels, um die Standfläche zu vergrößern. Stabilisierung und Sicherung des Kniegelenks und eine Entlastung des Femoropatellargelenkes	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2003 In Kombination mit 31.03.04.1001 ist die Abschlags- Position 31.03.04.0006 ansetzbar	73,62 €	1
31.03.04.2006	05	Mittelfußrolle	Mittelfußrolle mit Scheitelpunkt (Rollenscheitel) zum Sprunggelenk hin verlagert, als Richtungsrolle gearbeitet, um Standfläche zu verkleinern, die Schrittabwicklung zu erleichtern und ihr eine gewünschte Richtung zu geben	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1001/1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2003	73,62 €	1
31.03.04.3001	05	Einarbeitung einer Stufenentlastung	Einarbeitung einer Querfußbrücke (Stufenentlastung) auf Brandsohle vom 1. bis 5. Mittelfußköpfchen durchgehend und Abdeckung mit Leder	Nicht in Verbindung mit diabetesadaptierten Einlagen ansetzbar	46,27 €	1

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%
31.03.04.3004	05	Einarbeitung einer Hag-lundfersenentlastung oder Vorfußrückenpolster	Teilweise Aussparung bzw. Entfernung der Hinterkappe am vorhandenen Schuh, Polsterung aus Moosgummi oder gleichwertigem Material, neues Fersenfutter oder Schaftrandpolster, Fußrückenpolster	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.07 Diabetes adaptierte Fußbettung	55,21 €	1
31.03.04.3005	05	Schuhbodenversteifung	Entfernung des Schuhbodens im Sohlen- und Absatzbereich, Einarbeitung von Stahl oder Kunststoff (z. B. Gießharz, Glasfaser u. ä.) über die ganze Länge mit stabilisierender Wirkung	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.2002/2003 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen	135,67 €	1
31.03.04.3006	05	Schuhbodenverbreiterung	Verbreiterung des Schuhbodens durch Veränderung der Brandund Laufsohle, mit Innendecksohle	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2003 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen	112,53 €	1
31.03.04.3007	05	Einseitige Schaftversteifung	Einseitige Schaftversteifung aus Kunststoff oder Leder, ggf. mit Polster	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.3008 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen	105,17 €	1
31.03.04.3008	05	Doppelseitige Schaftversteifung	Doppelseitige Schaftversteifung aus Kunststoff oder Leder, ggf. mit Polster	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.3007 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhe	136,72 €	1
31.03.04.3011	05	Anbringen von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss	Anbringen von Schnallen, Klett- oder Reißverschluss nach Indikation bei Spastik, Rheuma, Apoplex, Hüftversteifung, Einhänder - je Schuh	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen	68,36 €	1
Hinweise	1) Die Anmerkung „nicht in Kombination abrechnungsfähig mit“ bezieht sich jeweils auf einen Schuh.					

Vergütungsübersicht Teil IV

für

Änderungen/Instandsetzungen

am orthopädischen Maßschuh 31.03.05

mit Gültigkeit ab 01.11.2026

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

1999Q25

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
Hinweis zur Verwednung des Kennzeichen Hilfsmittel / Genehmigungspflicht	
KZH 01= Reparatur Instandsetzungen des vorhandenen Hilfsmittels/Austausch von Einzelteilen usw.; evtl. auch Pauschalbetrag für einmalige Reparatur	
Die KKH verzichtet bei Änderungen/ Instandsetzungen am orthopädischen Schuh (31.03.05.xxxx) auf die Erstellung eines Kostenvoranschlag bis 340,00 € netto auf Verordnungsebene.	

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Netto-Preis	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Gen.-pflichtig
31.03.05.1000	01	Bodenversteifung mit Einarbeitung	Verzinkter Federstahl, Langfe der, Stahlfeder oder Kunststoff, oder Stahlsohle, vom Absatz bis zur Fußspitze, Einarbeitung (Treiben) der Feder oder Stahlsohle (Plane Auflage), Ledergelenkstück über die ganze Länge		129,36 €	1	
31.03.05.2000	01	Ersatzfußbettung	Walk-Lederdecke der Fußform angepasst (Leisten vorhanden), Korkausgleich oder andere gleichwertige Materialien, Einpassen in vorhandenen orthopädischen Schuh	Nicht abrechenbar mit den Positionen 31.03.05.2001 und 31.03.05.2002	119,89 €	1	
31.03.05.2001	01	Neu Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung	Vorhandene Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung erneuern	Nicht abrechenbar mit den Positionen 31.03.05.2000 und 31.03.05.2002	47,33 €	1	
31.03.05.2002	01	Polstersohle mit Lederab-Deckung	Neue Polstersohle mit Lederabdeckung nach Belastungsabdruck	Nicht abrechenbar mit den Positionen 31.03.05.2000 und 31.03.05.2001	52,59 €	1	
31.03.05.2003	01	Neue Abdeckung der Fußbettung im Schuh			36,81 €	1	
31.03.05.3000	01	Neues Lederfutter am Schaft und an der Lasche	Schaft und Lasche mit neuem Leder auskleiden		78,88 €	1	
31.03.05.3001	01	Neues Lammfellfutter	Schaft und ggf. Lasche mit neuem Lammfell auskleiden		99,61 €	1	
31.03.05.3003	01	Neues Entlastungspolster im Schaft	Entlastungspolster im Schaft erneuern		42,07 €	1	
31.03.05.4000	01	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen	Schmetterlingsrolle in Untersohle und Lederbrandsohle mit Weichbettung, Aussparung von Sohle und Brandsohle mit Einarbeiten von Polstermaterial mit hoher Dämpfungseigenschaft		89,48 €	1	
31.03.05.4001	01	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je cm (Sohle und Absatz)	Bei nach erfolgter Schuhversorgung aufgetretenen Beinlängendifferenzen		65,83 €	1	

Vergütungsübersicht Teil III

für

konfektionierte Therapieschuhe

mit Gültigkeit ab 01.11.2026

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

1999Q25

Abkürzungsverzeichnis	
Abkürzung	
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2 = ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweis zur Verwednung des Kennzeichen Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit / Genehmigungspflicht
KZH 00 = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe.
KZH 04 = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner.
PBH: "0000000000" = Stück
PBH: "0202000000" = Paarversorgung
PBH: "0200480000" = Zuschlag bei Unpaarversorgung (s. Feld Bemerkung)
Die KKH verzichtet bei Therapieschuhen (31.03.03.xxxx) auf die Erstellung eines Kostenvoranschlages bis zu 145,00 € netto auf Verordnungsebene.

Stabilisationsschuh bei Sprunggelenkband-Schädigung	
Indikation	Zustand nach komplexen Schädigungen des Bandapparates am oberen Sprunggelenk
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Bei isolierten Schädigungen des Bandapparates (innen oder außen) ist eine Versorgung mit Bandagen oder Orthesen in der Regel ausreichend. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Bei Stabilisationsschuhen bei Sprunggelenksschäden und bei Stabilisationsschuhen bei Achillessehnenschädigung erstreckt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf die Versorgung des jeweils verletzten Sprunggelenks/der verletzten Achillessehne (Einzelschuhversorgung). Die Versorgung erfolgt meist nach Abschluss der Wundheilung bzw. nach Abschwellung des Sprunggelenks.

Positions-nummer	**KZH**	**Bezeichnung**	**Leistungsumfang/Bemerkung**	**Netto-Preis**	**UST 1 = 19% 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung** vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		**Gen.-pflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.03.03.0	00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs	236,63 €	1	-	-	x
31.03.03.0	00 04	Paarversorgung	nur bei beidseitiger Sprunggelenkband-Schädigung	357,58 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Stabilisationsschuh bei Achillessehnenschädigung	
Indikation	Zustand nach Achillessehnenriss
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Bei isolierten Schädigungen des Bandapparates (innen oder außen) ist eine Versorgung mit Bandagen oder Orthesen in der Regel ausreichend. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Bei Stabilisationsschuhen bei Sprunggelenksschäden und bei Stabilisationsschuhen bei Achillessehnenschädigung erstreckt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf die Versorgung des jeweils verletzten Sprunggelenks/der verletzten Achillessehne (Einzelschuhversorgung). Die Versorgung erfolgt meist nach Abschluss der Wundheilung bzw. nach Abschwellung des Sprunggelenks.

Positions-nummer	**KZH**	**Bezeichnung**	**Leistungsumfang/Bemerkung**	**Netto-Preis**	**UST 1 = 19% 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung** vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		**Gen.-pflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.03.03.1	00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs	515,33 €	1	-	-	x
31.03.03.1	00 04	Paarversorgung	nur bei beidseitiger Sprunggelenkband-Schädigung	767,74 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Stabilisationsschuh bei Lähmungszuständen	
Indikation	spastische Lähmungen mit Tendenz zur Spitzfußstellung
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Bei schlaffen Lähmungen ist die Versorgung mit Bandagen indiziert. Der vereinbarte Preis gilt nicht für die Versorgung von Kindern mit Muskelerkrankungen. In diesen Fällen ist der Kasse ein Kostenvoranschlag gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages zur Entscheidung einzureichen. Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Bei Stabilisationsschuhen bei Lähmungszuständen erstreckt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf die Versorgung der von der Lähmung betroffenen Körperseite (Einzelschuhversorgung). Ist aufgrund der Indikation eine langfristige Versorgung angezeigt oder sind beide Körperseiten betroffen, erfolgt die Versorgung paarweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Stabilisationsschuh für den unverletzten Fuß ist bei temporären Versorgungen dagegen keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Positions-nummer	**KZH**	**Bezeichnung**	**Leistungsumfang/Bemerkung**	**Netto-Preis**	**UST 1 = 19% 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen**		**Gen.-pflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.03.03.2	00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs bei temporären Versorgungen	326,03 €	1	-	-	x
31.03.03.2	00 04	Paarversorgung	nur bei langfristiger Versorgung (Lieferung eines Ausgleichsschuhs) oder beidseitigen Lähmungszuständen	420,68 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Verbandschuh Kurzzeit/Langzeit	
Indikation	Beeinträchtigung der Mobilität (des Gehens) bei Schädigungen der Haut und des Unterhautgewebes im Rahmen einer weniger Wochen oder längerfristig andauernden konservativen oder postoperativen Behandlung von Wunden mit ausgedehnten, ggf. gepolsterten Verbänden, deren Heilungsvorgang zumindest eine Teilbelastung des Fußes beim Gehen zulässt.
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	• Verbandschuhe bestehen in der Regel aus textilen Materialien, Kunstleder/Lederimitaten, atmungsaktivem Nylon. Sie sind weit zu öffnen und verfügen über ein ausreichendes Volumen zur Aufnahme des mit einem Wund- oder Polsterverband versehenen Fußes. Das Obermaterial erlaubt Anpassarbeiten, z. B. durch Zuschneiden. Verstellbare Klettverschlüsse ermöglichen eine notwendige Weitenregulierung und Befestigung und sichern einen stabilen Halt. Die Nähte sind weitgehend aus dem oberen Schuhbereich verbannt, um keine Druckstellen zu erzeugen. Die Sohle ist wasserfest und erlaubt eine Nutzung im Innen- und Außenbereich. Die Materialauswahl richtet sich nach dem Krankheitsbild, die Form und der Schnitt nach den motorischen Fähigkeiten der Versicherten oder des Versicherten. • Verbandschuhe sind nicht direkt auf der Haut zu tragen. • Verbandschuhe sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am konfektionierten Schuh, mit Ausnahme des Verkürzungs-ausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. • Diabetesadaptierte Fußbettungen sind nicht mit Verbandschuhen kombinierbar. • Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich grundsätzlich auf die Versorgung des operierten/verletzten Fußes (Einzelschuhversorgung). Sind beide Füße betroffen, erfolgt die Versorgung paarweise. • Zur Druckumverteilung und/oder Polsterung kann im Einzelfall eine Weichpolsterbettungseinlage der Produktgruppe 08 „Einlagen" im Verbandschuh erforderlich sein, wenn die zum Verbandschuh gehörende konfektionierte weiche Sohle und die Polsterung durch den Verband nicht ausreichend den Druck umverteilen und den Ulkus polstern.

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang/Bemerkung	Netto-Preis	UST 1 = 19% 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
						Erwachsene	Kinder	
31.03.03.4	00 04	Stück		81,51 €	1	-	-	
31.03.03.4	00 04	Paarversorgung	Nur bei beidseitiger Indikation	149,87 €	1	-	-	
31.03.03.4003	00 04	Stück	Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 60€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.60min AZ	1	-	-	x
31.03.03.4003	00 04	Paarversorgung	Nur bei beidseitiger Indikation Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 60€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.90min AZ	1	-	-	x
31.03.03.4014	00 04	Stück	Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 60€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.60min AZ	1	-	-	x
31.03.03.4014	00 04	Paarversorgung	Nur bei beidseitiger Indikation Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 60€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.90min AZ	1	-	-	x
31.03.03.4023	00 04	Stück	Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 60€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.60min AZ	1	-	-	x

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang/Bemerkung	Netto-Preis	UST 1 = 19% 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
						Erwachsene	Kinder	
31.03.03.4023	00 04	Paarversorgung	Nur bei beidseitiger Indikation Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 60€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.90min AZ	1	-	-	x

Fußteil-Entlastungsschuh	
Indikation	Beeinträchtigung der Mobilität (des Gehens) bei mäßig bis schwer ausgeprägten Schädigungen der Knochen, Fußgelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen des Fußes (wie Vorfuß- oder Rückfußoperation, Verletzung, Entzündung) im einer Rahmen konservativen oder postoperativen Behandlung zur Frühmobilisation bei noch vorhandener Belastungsfähigkeit des Fußes zur Ermöglichung und Erhaltung einer angemessenen Gehfunktion. Die entlastende Versorgung eines diabetischen Fußulkus ist nur indiziert, wenn ansonsten erforderliche Entlastungen (z. B. mit einem Vollkontaktgips oder einer vergleichbaren Orthese) definitiv nicht möglich sind.
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Der Fußteil-Entlastungsschuh wird als Vorfuß-Entlastungsschuh und als Fersen-Entlastungsschuh angeboten. Der Vorfuß-Entlastungsschuh umfasst die Ferse und Fußwurzel mit einem weichgepolsterten Schaft. Die Fersenkappe, Klettbänder und Verschlüsse verhindern ein Verrutschen im Schuh. Der Fersen-Entlastungsschuh umfasst den Knöchel und die Fußwurzel mit einem weich gepolsterten Schaft. Klettverschlüsse halten den Fuß in der vorgegebenen Position und verhindern ein Verrutschen im Schuh. Der Fußteil-Entlastungsschuh lässt den Vor- bzw. Rückfuß in der Schrittabfolge durch Vergrößerung der Absatzhöhe und Absatzneigung nach hinten zur Ferse hin nicht in Bodenkontakt kommen. Der Vorfußbereich ist gegen ungewolltes Anstoßen geschützt. Die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich grundsätzlich auf den verletzten/operierten Fuß (Einzelschuhversorgung). Verfügt der Fußteil-Entlastungsschuh über eine höhere Laufsohlenkonstruktion, ist ggf. bei der nicht versorgungsbedürftigen Seite zur Verringerung oder Vermeidung eines Beckenschiefstandes und pathologischen Gangbildes ein Höhenausgleich notwendig.

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang/Bemerkung	Netto-Preis	UST 1 = 19% 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
						Erwachsene	Kinder	
31.03.03.5	00 04	Stück		107,27 €	1	-	-	
31.03.03.5015 31.03.03.5017	00 04	Höherwertige Versorgung medizinisch indiziert, verordnet und fachlich Begründet	Wird ein konkretes Produkt vom Arzt attestiert, welches einen Einkaufspreis von 70€/Stück des Vertragspreises übersteigt, kann dieses mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+20%+ max.50min AZ	1	-	-	x

Korrektursicherungsschuh	
Indikation	Zustand nach erfolgter Sichelfußkorrektur im Vorschulalter, nach Beginn der Laufphase, wenn korrigierende Dreibackeneinlagen nicht mehr erforderlich sind.
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Die vorrangige Versorgung ist das Tragen einer Drei-Backen-Einlage in handelsüblichen Konfektionsschuhen nach der Operation oder Redression des Fußes. Die Versorgung mit Korrektursicherungsschuhen ist bei Kindern nach erfolgter Operation oder Redression eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn mit der vorherigen Versorgung mit Drei-Backen-Einlagen in handelsüblichen Konfektionsschuhen das Therapieziel nicht erreicht werden konnte. Die Versorgung erfolgt paarweise oder unpaarig, aber immer für beide Füße. Der gesunde Fuß wird entsprechend den exakten Größenverhältnissen des Fußes mit einem „Neutralschuh“ versorgt. Dabei sollte ein optisch möglichst geringer Unterschied zum Versorgungsschuh bestehen und die Statik und Dynamik des Fußes genauestens beachtet werden.

Positions-nummer	**KZH**	**Bezeichnung**	**Leistungsumfang/Bemerkung**	**Netto-Preis**	**UST 1 = 19% 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung** vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		**Gen.-pflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.03.03.6	00 04	Paarversorgung		283,96 €	1	-	45,00 €	x
31.03.03.6	00 04	Zuschlag bei Unpaar-versorgung	Ein Zuschlag für eine Unpaarversorgung (Schuhlänge/Schuhbreite) kann bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung berechnet werden: - ab einer vollen Schuhgröße Unterschied links/ rechts	117,79 €	1	-	-	x

Schuh über Beinorthese	
Indikation	Bei Notwendigkeit des ständigen Tragens einer Orthese mit Fußteil am Fuß
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Orthesenschuhe sind paarweise angebotene konfektionierte Schuhe. Als Spezialschuhe für den betroffenen Fuß weisen sie ein ausreichendes Volumen zur Aufnahme einer Orthese auf. Der nicht betroffene Fuß wird mit einem Neutralschuh versorgt, der in Form und Ausführung dem Schuh über der Beinorthese entspricht, der aber schlanker gearbeitet ist und über keine besondere Kappenform verfügt. Die Auftrittsfläche ist beim Orthesenschuh entsprechend vergrößert, der Schaft ist entsprechend stabil. Eine feste Fersenkappe bietet ausreichend Halt. Der Orthesenschuh ist ausreichend weit zu öffnen. Der Verschluss erlaubt eine gute Anpassung. Orthesenschuhe benötigen für die betroffene Seite auf Dauer funktionierende Kappen, damit der Fuß mit der Orthese Halt findet. Zusätzlichen Halt bietet der erhöhte Schaftrand. Orthesenschuhe werden in verschiedenen Weiten und Brandsohlenbreiten angeboten. Die verschiedenen Verschlussarten und angebotenen Weiten optimieren die Passform. Alle Orthesenschuhe sind mit einem widerstandsfähigen Futter ausgestattet. Die weite Schaftöffnung erleichtert den Einstieg. Der Heckeinstieg ermöglicht ein fast barrierefreies Anziehen der Schuhe. Der Schuh der Gegenseite muss ggf. eine orthesenbedingte Beinlängendifferenz ausgleichen (Schuhzurichtung). Orthesenschuhe sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation.

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang/Bemerkung	Netto-Preis	UST 1 = 19% 2 = 7%	Eigenbeteiligung vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		Gen.-pflichtig
						Erwachsene	Kinder	
31.03.03.7	00 04	Paarversorgung		294,48 €	1	76,00 €	45,00 €	x
31.03.03.7	00 04	Zuschlag bei Unpaar-versorgung	Ein Zuschlag für eine Unpaarversorgung (Schuhlänge/ Schuhbreite) kann bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung berechnet werden: - ab einer vollen Schuhgröße Unterschied links/ rechts - bei unterschiedlichen Schuhweiten (größer 0,5 cm), der Nachweis entsprechend dem Weitensystem des Herstellers ist beizufügen	117,79 €	1	-	-	x

Höhenausgleichschuhe	
Indikation	Zur Vermeidung eines Beckenschiefstandes - Gegenstück zu einem einseitig benötigten Therapieschuh, der über eine sehr starke Sohlenkonstruktion von 3 bis 5 cm verfügt.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung)
Anmerkungen/ Besonderheiten	Der Höhenausgleichsschuh besteht aus einer abrollerleichternden 3 bis 5 cm starken Laufsohle, einem meist textilen, gepolsterten Schuhschaft, der mittels Klettverschluss oder anderen Fixiersystemen am Fuß befestigt wird. Beim Tragen von speziellen Verband- oder Entlastungsschuhen entsteht durch die 3 bis 5 cm starken Laufsohlen dieser Therapieschuhe eine Höhendifferenz zwischen dem gesunden und dem mit einem Therapieschuh versorgtem operierten, verletzten oder erkrankten Fuß/Bein. Dadurch kommt es zu einem Beckenschiefstand mit negativer Einwirkung auf das Knie- oder Hüftgelenk und auf die Wirbelsäule. Höhenausgleichsschuhe sollen diese Dysbalance ausgleichen. Bei einer Versorgung mit Therapieschuhen, die konstruktionsbedingt einen Beckenschiefstand verursachen, können Höhenausgleichsschuhe eingesetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass der Therapieschuh und der Höhenausgleichsschuh immer aus der gleichen Serie eines Herstellers stammen. Nur so ist sichergestellt, dass Sohlengestaltung, Schaftaufbau und Fußfixierung mit dem Therapieschuh kompatibel sind. Durch diese Schuhkombination soll ein sicheres und physiologisch korrektes Gangbild erreicht und ein Beckenschiefstand vermieden werden. Der Höhenausgleichsschuh ist nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am konfektionierten Schuh der Produktuntergruppe 31.03.04. Vorrangig sind anstelle des Höhenausgleichsschuhs orthopädische Zurichtungen am Konfektionsschuh für die nicht versorgungsbedürftige Seite einzusetzen.

Positions-nummer	**KZH**	**Bezeichnung**	**Leistungsumfang/Bemerkung**	**Netto-Preis**	**UST 1 = 19% 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung** vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		**Gen.-pflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.03.03.8	00 04	Stück		EK+20%+ max.45min AZ	1	-	-	x

Stabilisationsschuh bei Peronaeuslähmung	
Indikation	bei Peroneuslähmungen mit spastischer Komponente mit Tendenz zur Spitzfußstellung
Zusatzarbeiten	**Die Vergütung umfasst:** • alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten • Druckstellen nachweiten • Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) • Versteifungselemente nachbearbeiten • (Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen • medizinisch notwendige Hausbesuche **Die Vergütung umfasst nicht:** • Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) • Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmungen sind industriell konfektioniert hergestellte, erhöhte Stiefel. Eingearbeitete Verstärkungselemente bzw. hochgezogene Fersenkappen im rückwärtigen Schaftanteil sichern das obere Sprunggelenk und gleichen eine vorhandene Fußheberschwäche aus, indem sie eine Plantarflexion über einen Knöchelgelenkwinkel von 90° hinaus verhindern und somit ein „Schleifen“ oder „Hängenbleiben“ der Fußspitze verhindern. Die Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmung im Sinn dieser Produktart unterscheiden sich von Stabilisierungsschuhen bei Lähmungszuständen der Produktart 31.03.03.2 insbesondere durch die Art der Versteifungselemente. Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmung sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Die Versorgung mit einem Peroneusschuh erfolgt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung für die betroffene Seite, paarweise(2 Stück) nur wenn beide Füße betroffen sind. Bei einseitiger Versorgung fällt der Gegenschuh (Neutralschuh) in die Eigenverantwortung der Versicherten oder des Versicherten

Positions-nummer	**KZH**	**Bezeichnung**	**Leistungsumfang/Bemerkung**	**Netto-Preis**	**UST 1 = 19% 2 = 7%**	**Eigenbeteiligung** vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen		**Gen.-pflichtig**
						Erwachsene	**Kinder**	
31.03.03.9	00 04	Stück		EK+20%+ max.90min AZ	1	76,00 €	45,00 €	x

Vergütungsübersicht Teil V

für

Diabetesadaptierte Fußbettungen / Ersatzfußbettungen

Ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze

mit Gültigkeit ab 01.11.2026

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS):

1999Q25

Hinweis zur Verwednung des Kennzeichen Hilfsmittel
KZH 00 = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe.
KZH 04 = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner.

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Gen.-pflichtig
31.03.07.0001		Diabetes adaptierte Fußbettung für den orthopädischen Maßschuh	Mit der Schuhversorgung gemäß Vertragspreis abgegolten	nicht separat abrechenbar	" "	" "	x
31.03.07.0003		Diabetes adaptierte Fußbettung für den Spezialschuhe bei diab. Fußsyndrom	Mit der Schuhversorgung gemäß Vertragspreis abgegolten	nicht separat abrechenbar	" "	" "	x
31.03.07.0004	01	Diabetes adaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den orthopädischen Maßschuh	Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den orthopädischem Maßschuh, für orth. Maßschuhe mit Diabetesausstattung der Kat. 3 bis 5.	Ausschließlich für orth. Maßschuhe mit Diabetesausstattung der Kat. 3 bis 5	228,74 €	2	x
31.03.07.0005	00/04	Diabetes adaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für konfektionierte Schuhe	Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom.		228,74 €	2	x

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Gen.-pflichtig
31.03.06.0004	01	Leistenumstellung nach neuen Maßen	Die Leistenumstellung muss ärztlich verordnet werden und kann für Erwachsene, bei denen der Fuß min. 1,5 cm länger, dicker oder dünner geworden ist, verordnet werden. Bei Kindern können kleinere Abstufungen, z.B. bedingt durch Wachstum oder anatomische Veränderungen, sinnvoll sein.		85,19 €	1	x
31.99.01.0001	00	Großzehenersatz zur Volumenfüllung		Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orth. Maßschuh ist diese Position mit dem vertragspreis abgegolten	eKV	2	x
31.99.01.1001	00	Großzehenersatz zur Volumenfüllung und Druckentlastung			eKV	2	x
31.99.01.2001	00	Zehenersatz zur Volumenfüllung zweiter bis fünfter Zeh			eKV	2	x
31.99.01.3001	00	Zehenersatz zur Volumenfüllung und Druckentlastung zweiter bis fünfter Zeh			eKV	2	x
31.99.02.0001	00	Mittelfußersatz zur Volumenfüllung			eKV	2	x
31.99.02.1001	00	Mittelfußersatz zur Volumenfüllung und Druckentlastung			eKV	2	x
31.99.99.0002	00	Arbeitsminute mit vollem MwSt-Satz für frei kalkulierbare Arbeiten			1,19 €	1	x

Positions-nummer	KZH	Bezeichnung	Leistungsbeschreibung	Anmerkungen	Preis Netto	UST 1 = 19 % 2 = 7%	Gen.-pflichtig
31.99.99.0003	00	Arbeitsminute mit rediziertem MwSt-Satz für frei kalkulierbare Arbeiten			1,19 €	2	x
31.99.99.0004	" "	Hausbesuch	Hausbesuche sind mit den Vertragspreisen der Schuhversorgungen abgegolten		" "	2	x
31.99.99.0999*	01	Sonderarbeiten	Bei schweren Krankheitsbildern und/oder ungewöhnlichen Versorgungssituationen nach ausführlicher fachärztlicher Begründung.	Nach KVA je nach Aufwand (Arbeitszeit, Material, etc.)	EK+20%+AZ (1,19 €/min)	2	x
*Diese Position ist u. a. gemäß Anlage 2.1, § 3 Abs. 3 zu verwenden "Reparatur bei Verschleis".							

Anlage 2.3: „Kategorisierungsschema“

Orthopädische Schuhe Indikation/Kategorisierung	**Schutzschuhe mit konfektionierter Weichpolstereinlegesohle**	**Schutzschuhe mit individueller Fußbettung**	**Orthopädische Maßschuhe**	**Orthopädische Maßschuhe mit Zusatzanteil**	**Orthopädische Maßschuhe mit hohem Zusatzanteil**
Individuelle Anforderungen an die Versorgung	sind enthalten in				
	Kategorie 1	**Kategorie 2**	**Kategorie 3**	**Kategorie 4**	**Kategorie 5**
Abrollsohle		X	X	X	X
Schmetterlingsrolle			X	X	X
Sohlenversteifung		X	X	X	X
Puffer-/Abrollabsatz		X	X	X	X
Stützwalklasche					X
Zusatzarbeiten bei Zehen-/Vorfußamputation			X	X	X
Peronäuskappe klein				X	X
Knöchelkappe innen				X	X
Knöchelkappe außen				X	X
Knöchelkappe innen + außen				X	X
Peronäuskappe groß					X
Arthrodesenkappe					X
Zusatzarbeiten bei					X
Beinlängendifferenz →			bis 4 cm	bis 8 cm	ab 8,5 cm
Schafthöhe →			Halbschuh	bis 15 cm Knöchelleisten	über 15 cm Knöchelleisten

Anlage 2.4: „Indikationsliste“

Kategorie		1	2	3	4	5	
Nr.	**Amputationen**						**Bemerkung**
1	Amputation D1 im Grundgelenk			x			
2	Amputation längerer Mittelfußstumpf (Sharp)			x			
3	Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger)			x	x		Kat. 4 für Arbeiten mit Knöchelkappen
4	Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)			x	x		
5	PNP/pAVK - und Fußdeformität			x			siehe Diabetes, PNP/pAVK , Ind. Nr. 11-16
6	Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona Jäger)				x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen Kat. 5 für Arbeiten mit Arthodesenkappe
7	Amputation sehr kurzer Fußwurzelstumpf - Rückfußstumpf (Chopart, Pirogroff)					x	Kat. 5 für Arbeiten mit Arthodesenkappe
	Beinlängendifferenzen						
8	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 3 bis 4 cm			x			
9	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 4,5 bis 8 cm				x		zusätzlich Knöchelkappe bei Spitzfuß wenn erforderlich
10	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß ab 8,5 cm					x	zusätzlich Knöchelkappe bei Spitzfuß wenn erforderlich
	Diabetes, PNP/pAVK- und Fußdeformität						
11	Diabetes, PNP/pAVK Risikogruppe II		x				
12	Diabetes, PNP/pAVK Risikogruppe III		x				
13	Diabetes, PNP/pAVK Risikogruppe IV			x			
14	Diabetes, PNP/pAVK Risikogruppe V				x	x	Kat. 5 nur bei Arthrodesenversorgung
15	Diabetes, PNP/pAVK Risikogruppe VI			x	x	x	Kat. 5 nur bei Arthrodesenversorgung
16	Diabetische Neuro-Osteoarthropatie (Charcot-Fuß) Akutversorgung mit Orthese (Risikogruppe VII)						Analog Innenschuhversorgung
	Fußdeformitäten						
17	Hackenfuß (Pes calcaneos)			x			
18	Hohlfuß (Pes excavatos)			x			
19	Klumpfuß - Teilkontrakt				x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen außen
20	Klumpfuß - Kontrakt				x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen außen
21	Plattfuß mit nicht oder teilweise korrigierbarem Verlust des Längsgewölbes				x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen

22	Sichelfuß (Pes adductus)			x			
23	Spitz-Klumpfuß				x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
	Fußwurzel-/Rückfußstörungen						
24	Apophysitis calcanei mit ausgeprägter Deformierung			x			
25	Calcaneusfraktur			x	x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen
26	Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen			x	x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen
27	Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk				x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
28	Arthrodesenversorgung - postoperativ (Feststellabrollschuh)					x	Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
	Lähmungen						
29	Lähmungen - schlaff			x	x	x	Kat. 3 gilt über Fußheberorthesen gefertigte Schuhe Kat. 4 gilt für Arbeiten mit kleiner Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit großer Peronäuskappe
30	Lähmungen - spastisch				x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit kleiner Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit großer Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe u. mit Stütwalklasche (Feststellschuh
	Rheuma						
31	Rheumatische Füße ohne wesentliche Formveränderungen			x			
32	Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzehe sowie Hallux valgus)			x			
33	Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung				x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen o. außen sowie innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit großer Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe

	Traumata						
34	Traumatische Verletzungsfolgen, die zu groben Veränderungen der Fuß- und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen			x	x	x	je nach Notwendigkeit von Zusatzarbeiten Auswahl der Kategorie aufgrund der notwendigen Arbeiten
	Zehendeformitäte						
35	Hallux valgus bis 40 Grad			x			
36	Hammerzehen / Krallenzehen bis 3 cm			x			
37	Spreizfuß mit Hallux valgus über 40 Grad bzw. Hammerzehen (Krallenzehen) über 3 cm Höhe			x			
	Sonstige						
38	Gigantismus (Elephantiasisähnliche Zustände)				x		Kat. 4 aufgrund der Höhe
39	Lymphödem				x		Kat. 4 aufgrund der Höhe
40	Schuhe über Innenschuh oder Stützapparat/Prothesen/Orthesen			x			Nur Kat. 3 möglich

Anlage 2.5: „Ausstattungsbeschreibung für orthopädische Maßschuhe“

Rezept bitte als Anlage beifügen

Hauptindikationsnummer (Anhang 1a): rechts_____ links_____
Nebenindikationsnummer: rechts_____ links_____
Schuhkategorie (2-5): rechts_____ links_____

□ Straßenschuhe □ Hausschuhe □ Sportschuhe
□ Badeschuhe □ Interimsschuhe □ Arthrodesen/Innenschuhe

Diabetes-Risikogruppe (Anhang 1b): _____ □ **Diabetesausstattung**

Textfeld für Begründungen/Sonstiges:

individuelle Anforderungen der Versorgung:

Abrollsohle	□ rechts	□ links	Knöchelkappe innen	□ rechts	□ links
Schmetterlingssohle	□ rechts	□ links	Knöchelkappe außen	□ rechts	□ links
Sohlenversteifung	□ rechts	□ links	Knöchelkappe innen und außen	□ rechts	□ links
Puffer-/Abrollabsatz	□ rechts	□ links	Arthrodesenkappe	□ rechts	□ links
Peronäuskappe klein	□ rechts	□ links	Vordere Stützlasche	□ rechts	□ links
Peronäuskappe groß	□ rechts	□ links			

Zusatzarbeiten:

Höhenausgleich bis 4cm	□ rechts	□ links
Höhenausgleich bis 8,5cm	□ rechts	□ links
Höhenausgleich bis 8cm	□ rechts	□ links
Bei Zehen/ Vorfußamputation	□ rechts	□ links

	rechts	**links**
Geplante Schafthöhe	____cm	____cm

Die vorrangige Instandsetzung vorhandener Maßschuhe wurde geprüft:
□ ja □ nein

Die beantragte Schuhversorgung ist:

□ Ersatz für orthopädische Maßschuhe vom _____

□ eine Wechselversorgung

Verschleißbeschreibung der vorhandenen Schuhe:

Anlage 2.6: „Risikogruppen beim diabetischem Fuß“

Risikogruppe		Erläuterung	Regelversorgung
0	Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	Fußgerechte Konfektionsschuhe
I	Wie 0 mit Fußdeformität	Höheres Risiko bei späterem mit Fußdeformität Auftreten einer PNP/pAVK	Orthopädieschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	Diabetes mellitus mit Sensibilitätsverlust durch PNP/pAVK	Sensibilitätsverlust nachgewiesen durch fehlende Erkennung des Semmes-Weinstein-Monofilaments	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer Weichpolstersohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit DAF oder orth. Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind / Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung / orthopädische Indikationen
III	Zustand nach plantarem Ulkus	Deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II	Diabetesschutzschuh i.d.R. mit diabetesadaptierter Fußbettung, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit orth. Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind / Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung / orthopädische Indikationen
IV	Wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	Nicht nach konfektioniertem Leisten versorgen	orth. Maßschuhe mit DAF
V	DNOAP (LEVIN III)	Orthesen i. d. R bei DNOAP Typ IV-V (Sanders) oder bei starker Lotabweichung	Knöchelübergreifende orth. Maßschuhe mit DAF, Innenschuhe, Orthesen
VI	Wie II mit Fußteilamputation	mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amputation	Versorgung wie IV plus Prothesen
VII	Akute Läsion/floride DNOAP	stets als temporäre Versorgung	Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe, Interimsschuhe, Orthesen, ggf. mit DAF und orth. Zurichtungen

Kriterien für eine höhergradige Versorgung
a) Kontralaterale Major-Amputation
b) Arthropathie Hüfte / Knie / OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung / Kontraktur
c) Amputation der Großzehe / Resektion MFK I
d) Motorische Funktionseinschränkung / Parese eines oder beider Beine
e) Höhergradige Gang- und Standunsicherheit
f) Extreme Adipositas (BMI >= 35)
g) Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
h) Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung
i) Erhebliche Visuseinschränkung

Die Kriterien für eine höhergradige Versorgung müssen überprüfbar dokumentiert und die dazugehörigen Diagnosen müssen auf der ärztlichen Verordnung enthalten sein.

Im Einzelfall ist eine zu begründende Abweichung vom o. a. Schema mit aufwendigerer oder einfacherer Versorgung nach ärztlicher Indikation möglich.

Eine ärztliche Abnahme des verordneten Hilfsmittels zusammen mit dem Patienten ist immer erforderlich. Die Einweisung in das Hilfsmittel erfolgt durch den Hilfsmittellieferanten.

Anlage 2.7: „Befunderhebungsbogen diabetischer Fuß“

Name, Vorname Versicherte/r	**Geburtsdatum**	
Größe: Gewicht:	Form des Diabetes Mellitus Typ 1 ☐ seit: Typ 2 ☐ seit:	
Klinischer Befund	**Links**	**Rechts**
Vibrationsempfinden (D1 Grundgelenk) Vibrationsempfinden (Außenknöchel)	**/8** **/8**	**/8** **/8**
Mikrofillamenterkennung (MFK plantar)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Fußdeformitäten ☐ ja ☐ nein	☐ Hallux Valgus ☐ Krallenzehen ☐ _____	☐ Hallux Valgus ☐ Krallenzehen ☐ _____
Osteoarthopathie (klinischer Befund)	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ florid	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ florid
Pedographischer Befund	☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ extreme Druckspitzen	☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ extreme Druckspitzen
Ulkus plantar	☐ nein ☐ abgeheilt ☐ akut	☐ nein ☐ abgeheilt ☐ akut
Fußzustand	☐ gepflegt ☐ ungepflegt	☐ gepflegt ☐ ungepflegt

Bisherige Versorgung				
☐ keine	☐ Weichbettungseinlagen	☐ Verbandschuh	☐ Schutzschuh	☐ Maßschuh
Anmerkungen:				

Unterschrift und Stempel

Anlage 2.8: „Patienteninformation über zehen- und fersenfreien Schuhversorgungen“

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

Anlage 04: „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),
- gegebenenfalls Produktbesonderheiten, sofern diese in der entsprechenden Anlage aufgerührt wurde,
- 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 Nettorechnungsbetrages 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 innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Versorgung. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von 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 jeweils konkret beanstandeten Abrechnungsteile/Unterlagen oder die konkret beanstandeten einzelnen 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 Gesamtabrechnung 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),
- Nicht ordnungsgemäße Übermittlung der Datei und Dateistrukturen 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 5: „Muster Beratungsdokumentation und Mehrkostenbestätigung des Versicherten“

Beratungsdokumentation
Nach § 127 Abs.5 SGB V sind die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung durch den Leistungserbringer zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 SGB V die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer haben diese Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen.

Mehrkostenbestätigung des Versicherten
Nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V haben Versicherte die Mehrkosten für Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, selbst zu tragen. Die Versicherten sind nach § 127 Abs. 5 Satz 4 SGB V vor der Wahl des Hilfsmittels oder zusätzlicher Leistungen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Die Leistungserbringer haben diese Information schriftlich zu dokumentieren und sich durch die Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen (§ 127 Abs. 5 Satz 5 i.V.m. Satz 2 SGB V).

Versorgender LE ***Anschrift*** Telefonnummer	
Name **Beratende/r Mitarbeiter/in:**	

Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname: _____

Versichertennummer oder Geburtsdatum: _____

Krankenkasse:
Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Betreuer: _____

Verordnungsdatum: _____

Eingangsdatum der Verordnung: _____

Datum der Beratung: _____

Das Beratungsgespräch erfolgte mit
- ❑ dem Versicherten
- ❑ und/oder einer Betreuungsperson

Form des Beratungsgespräches
- ❑ Persönliche Beratung
- ❑ telefonische Beratung
- ❑ vor Ort Beratung
  (z.B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Angebot zur ärztlichen Verordnung

- Aufklärung über die Ansprüche hinsichtlich einer aufzahlungsfreien Versorgung
- Erläuterung, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen für die konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sein können und dem Verordnungsumfang entsprechen
- Aufklärung des Versicherten über die Durchführung der Versorgung
- Welche zusätzliche/n Leistungen (die mit der Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z.B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind

Vollständige Benennung der angebotenen mehrkostenfreien **(aufzahlungsfreien)** Versorgungsmöglichkeit/en mit Hilfsmittelpositionsnummer(n)	

Mögliche zusätzliche Leistungen:

Benennung der Mehrkosten-Versorgung ❑ besonderer Materialeinsatz ❑ besonderer Fertigungstechnik ❑ besonderer Farbwunsch ❑ besondere Dienstleistungen	
Die Höhe der Mehrkosten/Aufzahlung in EUR:	**€**

Mir wurde eine ausreichende Auswahl aufzahlungsfreier Produkte angeboten. Soweit es um individuell hergestellte Produkte geht, gilt dies für die aufzahlungsfreien Ausstattungskomponenten.

Ich wurde vom oben genannten Leistungserbringer darüber aufgeklärt, dass die Kosten für das/die benannte/n Hilfsmittel grundsätzlich (mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung und dem Gebrauchsgegenstandsanteil) aufzahlungsfrei übernommen werden.

Ich wünsche die Versorgung mit einem
- ❑ **aufzahlungsfreien** Produkt
- ❑ **aufzahlungspflichtigen** Produkt

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bezeichnung: **Hilfsmittelpositionsnummer:**

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

Dem Versicherten/Bevollmächtigten wurde eine Ausfertigung der Dokumentation zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift beratende/r Mitarbeiter/in

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Sofern der Versicherte nicht selbst unterzeichnet, ist der Name des Bevollmächtigten in Druckbuchstaben anzugeben

Anlage 6: „Muster Patientenerklärung“

□ Orthopädische Schuhzurichtungen □ Einlagen

Anlage zur Verordnung vom: _____

Name:_____ **Vorname:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Verordner: _____

Die Abgabe von orthopädischen Schuhzurichtungen und Einlagen ist begrenzt.

Orthopädische Schuhzurichtungen	**Einlagen**
bei erstmaliger Versorgung bis zu drei Paar Die erste Folgeversorgungen *mit einem Paar frühestens sechs Monate nach der erstmaligen Versorgung* Für weitere Folgeversorgungen gilt ein Paar alle sechs Monate oder zwei Paar innerhalb eines Kalenderjahres.[2]	bei erstmaliger Versorgung mit einem Wechselpaar[1] bei weiteren Versorgungen bis zu zwei Paar Einlagen innerhalb eines Kalenderjahres.[2]

1) **Wechselpaar nur, wenn das erste Paar ausreichend und mit positiven Ergebnis erprobt wurde.**
2) **Bei Kindern im Wachstum sind Ausnahmen von der Mengenbegrenzung möglich.**

Ich erkläre hiermit, dass:

□ ich noch keine **orthopädischen Schuhzurichtungen** erhalten habe (erstmalige Versorgung)

□ ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe

□ ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe

□ ich nach der erstmaligen Versorgung in den vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhzurichtung erhalten habe

---

□ ich noch keine **Einlagen** erhalten habe (erstmalige Versorgung)

□ ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend und mit positivem Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)

□ ich innerhalb des laufenden Kalenderjahres:

- □ keine Einlagen oder
- □ erst ein Paar Einlagen erhalten habe (Folgeversorgung)

Sollte die Rechnungsprüfung des Abrechnungsdienstleisters der KKH abweichende Vorversorgungen feststellen, besteht kein Anspruch und ich verpflichte mich, die Kosten selbst zu tragen.

_____ _____

Datum/Unterschrift Versicherter Stempel/Unterschrift Leistungserbringer