

**Vertrag
nach § 127 Abs. 2 SGB V**

zwischen

**Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik
Ungsteiner Str. 27
81539 München**

und dem

**BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25,
81476 München
in Vertretung für die diesem Vertrag nebst Anlagen bei-
getretenen Betriebskrankenkassen (nachfolgend BKK
genannt)**

**über die Versorgung mit Hilfsmitteln der
Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“,
10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe
des Orthopädieschuhmacherhandwerks**

AC/TK 16 02 731

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02, 08, 10 und 31 (nachfolgend Hilfsmittel) und ggf. durch Fortschreibung im Hilfsmittelverzeichnis neu aufgenommene Produktuntergruppen und/oder -arten des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V durch Meisterbetriebe des Orthopädienschuhmacherhandwerks unter Berücksichtigung des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibVO) und des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V). Für Versicherte, die im Rahmen der Sozialversicherungsabkommen (SVA, KVA) von der BKK betreut werden, gelten die vertraglichen Bestimmungen analog.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag z. T. die männliche Sprachform gewählt. Wenn Personen in männlicher Form genannt werden, so ist die weibliche Form mit eingeschlossen, wie z.B. Versicherter, Mitarbeiter, Leistungserbringer usw..

§ 2

Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für

1. diejenigen BKK die ihm beitreten (Mitgliedskassen und einstrahlende BKK). Die Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik erhält vom BKK Landesverband Bayern eine Liste der beigetretenen BKK,
2. die Mitglieder der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik, sofern sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und ihren Beitritt mittels der Anlage 5 erklären (nachfolgend Leistungserbringer) und dies über die Landesinnung für Orthopädie-Schuhtechnik dem BKK Landesverband Bayern mitteilen,
3. Nicht-Mitglieder der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik, sofern sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und ihren Beitritt mittels der Anlage 5 erklären (nachfolgend Leistungserbringer).

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer hat die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 126 Abs. 1a SGB V der in den Anlagen aufgeführten Hilfsmittel zu erfüllen. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Leistungserbringer erfüllt zudem während der Vertragslaufzeit die in der Anlage 1 genannten persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen. Er verpflichtet sich, die Versicherten der BKK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten. Er hat eine aufzahlungsfreie Versorgung zu gewährleisten.
2. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs.1 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.

3. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V) sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
4. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche Verordnung (siehe Muster 16 gemäß Anlage 3), wenn sie neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:
 - a. Bezeichnung der BKK,
 - b. Kassen-Nummer,
 - c. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
 - d. Versicherten-Nummer,
 - e. Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V),
 - f. Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes,
 - g. Arzt-Nummer (LANR),
 - h. Ausstellungsdatum,
 - i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Verordnungsblattes, soweit zutreffend,
 - j. Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
 - k. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
 - l. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
 - m. Diagnose oder Indikation,
 - n. Versorgungszeitraum nur bei zeitlich begrenzten Versorgungsleistungen
 - o. Unterschrift des Vertragsarztes,
 - p. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck
5. Die Angaben gemäß Abs. 4 werden vom Vertragsarzt auf das Verordnungsblatt übertragen. Fehlende Angaben nach den Buchstaben b), d), f), g) oder l) werden vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen nachgetragen.
 - a. Ist nur der Kostenträger (Buchstabe a) angegeben, ist vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer (Buchstabe b) zu ergänzen.
 - b. Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift (Buchstabe c) angegeben, ist vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer (Buchstabe d) zu ergänzen.
 - c. Zu den Buchstaben f) und g) gilt: Eine fehlende Angabe der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld muss vom Leistungserbringer mit der BSNR bzw. NBSNR aus der Codierzeile ergänzt werden. Eine fehlende Angabe der LANR im Versichertenfeld muss vom Leistungserbringer aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt werden; das Ergebnis der Rücksprache ist auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen. Der Leistungserbringer haftet nicht für die Richtigkeit der LANR. Kann die LANR vom Leistungserbringer auch durch Nachfrage beim Arzt nicht ermittelt werden, kann die Aufbringung der LANR entfallen; der Leistungserbringer hat dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen. Eine LANR bedarf es nicht bei Krankenhausverordnungen.

- d. Zu Abs. 4 Buchstabe l) gilt: Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Ordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der BKK über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 33 Abs. 2 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
6. Neben den Verordnungen (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die BKK zur Krankenhausentlassung auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen durch zugelassene stationäre oder teilstationäre Einrichtungen. Hier kann die Form vom Muster 16 abweichen; es müssen jedoch mindestens alle Inhalte vorhanden sein.
 7. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
 8. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Ordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
 9. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung dürfen, unbeschadet des Abs. 5, nur durch den ausstellenden Arzt oder die verantwortlichen medizinischen Vertreter der zugelassenen Einrichtung vorgenommen werden. Die Bestimmungen aus der Hilfsmittel-Richtlinie zu § 7 Abs. 4 sind uneingeschränkt zu beachten.
 10. Liegt dem Leistungserbringer eine vertragsärztliche Verordnung und - sofern vorgesehen – die Genehmigung durch die BKK vor, nimmt er vom Versicherten die für die Versorgung erforderlichen Maße oder Abdrücke. Er fertigt das Hilfsmittel in eigener Werkstatt an, probiert es nach Fertigstellung mit dem Versicherten aus und passt es ggf. nach. Er überlässt ihm das fertigestellte und passende Hilfsmittel und gewährleistet dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Erforderliche Nachbesserungen, Nachjustierungen und Nachbetreuungen sind ebenfalls sicherzustellen.
 11. Die Abgabe der Hilfsmittel erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der BKK. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, erfolgt die Abgabe bei orthopädischen Maßschuhen innerhalb von 9 Wochen, bei anderen nach Maß oder nach Abdruck angefertigten Hilfsmitteln an den Versicherten innerhalb von 3 Wochen nach Übergabe der Verordnung bzw. Eingang der Genehmigung der BKK. Dies gilt nicht, wenn die Abgabe des Hilfsmittels aus nicht vom Leistungserbringer zu vertretenden Gründen erst später möglich ist. Die Abgabe von Hilfsmitteln ohne Genehmigung der BKK geht zu Lasten des Leistungserbringers. Kosten für nicht genehmigte Versorgungsleistungen können dem Versicherten nur nach entsprechend begründeter Privatvereinbarung in Rechnung gestellt werden.
 12. Abweichend von Absatz 3 wird auf die Genehmigung der Versorgung durch die BKK verzichtet, soweit dies in den Anlagen 2a bis 2h vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlagen 2a bis 2h von der BKK widerrufen werden.
 13. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die BKK regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädische Versorgungsstelle. Für in dieser Form gekennzeichnete Verordnungen besteht immer eine Genehmigungspflicht.

14. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Die BKK erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.
15. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Reparaturen bis zum Betrag von 150 Euro zuzüglich MwSt. bedürfen keiner Genehmigung, sofern die Reparaturkosten ohne MwSt. 70 % des vertraglich vereinbarten Nettopreises nicht übersteigen. Die BKK erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.
16. Ist gemäß der vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer die ärztliche Verordnung in Kopie (entfällt bei Reparaturen) zusammen mit einem Kostenvoranschlag bei der BKK ein. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und der Preisfindung / Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen, das Geburtsdatum, die Anschrift und die Versicherungsnummer, die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer aus der Anlage 2, die Artikelnummern, die genaue Modellbezeichnung, den Hersteller; die Bezeichnungen von Zurichtungen und Zubehör, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind. Anfragen der leistungspflichtigen BKK sind zeitnah zu beantworten; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge sind kostenlos zu erstellen.
17. Der Leistungserbringer setzt herstellerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie das MPG.
18. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist.
19. Die BKK ist jederzeit berechtigt, die Versorgung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
20. Die von den Spitzenverbänden der gesetzlichen BKKn und dem Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e. V. (BVMed) gemeinsam erstellten Verhaltensregeln im sogenannten "Kodex Medizinprodukte" sind zu beachten und einzuhalten.

§ 4

Beratung der Versicherten und Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer führt zur Feststellung des Versorgungsbedarfs eine umfassende Beratung durch und leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Die Versorgung erfolgt in den geeigneten Räumlichkeiten des Leistungserbringers. Falls erforderlich, sind Beratung und Anleitung auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. Wohnung, Krankenhaus usw.) durchzuführen. Versicherte sind nur nach vorheriger Terminabsprache durch den Leistungserbringer aufzusuchen.

2. Soweit es im Notfall erforderlich und zulässig ist, darf die Versorgung und Abgabe der Hilfsmittel ausnahmsweise aus Depots im Krankenhaus oder beim Arzt durch das geeignete Personal des Leistungserbringers oder durch geschultes Personal des Krankenhauses oder Arztes erfolgen. Die Einzelheiten sind in Anlage 1 geregelt. Die Bestimmungen des § 128 SGB V sind zu beachten.
3. Es ist nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der BKK ist ein Nachweis vorzulegen.
4. Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweils notwendigen Bedarf. Es gilt der Grundsatz, dass die Versorgung ausreichend, in der fachlich gebotenen Qualität und zweckmäßig zu erfolgen hat (§§ 12 und 70 SGB V).
5. Der Leistungserbringer gewährleistet eine qualitätsgesicherte Versorgung mit Hilfsmitteln für die Versicherten der BKK gemäß der Anlage 1.

§ 5

Leistungsbeschreibung

1. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der BKK zu erbringen. Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind ungeachtet der Anlage 2 immer genehmigungspflichtig und mittels Kostenvoranschlag zu beantragen.
2. Neben der fachgerechten Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 1 beinhaltet die Versorgung alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung, Nachjustierungen sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer. Hausbesuche sind darin nicht enthalten.
3. Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen. Zahlungen oder Zuwendungen anderer Art des Leistungserbringers an verordnende Vertragsärzte sind unzulässig. Verstöße hiergegen sind schwerwiegend im Sinne von § 9.

§ 6

Haftung / Gewährleistung

1. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel bei der Auslieferung.
2. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen.

3. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Garantie / Gewährleistung gelten entsprechend. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt werden, gelten in gleicher Weise für die BKK.
4. Zur Erfüllung der vorgenannten Bedingungen schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 1.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 500.000 EUR pauschal für Sachschäden, 50.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.

§ 7

Vergütung / Rechnungslegung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung zu bestätigen. Erfolgt die Lieferung auf Grund einer nicht förmlichen ärztlichen Bescheinigung im Sinne des § 3 Abs. 6 kann der Empfang mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m²) bis maximal 100 g/m² bestätigt werden.
2. Können individuell hergestellte oder teilkonfektionierte Hilfsmittel nicht fertiggestellt oder abgeholt werden (z. B. bei Tod des Versicherten) und kann deshalb der Empfang nicht bestätigt werden, ist eine Abrechnung der erbrachten (Teil-)Leistung nur mit einer erneuten Genehmigung durch die BKK möglich. In diesen Fällen reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag mit detaillierter Kalkulation der bis dahin erbrachten Leistungen zur Genehmigung ein und hält das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die BKK bereit.
3. Die Vergütung ist in der Anlage 2 geregelt; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 € aber höchstens 10 €, sowie den von den Versicherten zu tragenden Eigenanteilen. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind von der Zuzahlung befreit, jedoch nicht vom zu tragenden Eigenanteil.
4. Mit der Vergütung nach der Anlage 2 ist der in diesem Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Verlangt der Versicherte neben den von diesem Vertrag umfassten Leistungen eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Voraussetzung ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor der Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die entstehenden Mehrkosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren.
6. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungsleistungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der BKK benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen. Die in § 302 SGB V vorgesehenen Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung sind anzuwenden.

7. Der Leistungserbringer ist zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen BKK nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die angegebene BKK nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die BKK hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.
8. Die Abrechnung hat spätestens sechs Monate nach Ablauf des Kalendermonats zu erfolgen, in dem die Leistung erbracht wurde (Ausschlussfrist). Als Monat, in dem die Leistung erbracht wurde, gilt der Monat, in dem der Versicherte das Hilfsmittel in Empfang genommen hat.
9. Die Verordnungsblätter haben alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen zu enthalten; die Aufstellung des Kostenbetrages nach den jeweiligen Positionen der Anlage 2 ist auf dem dafür vorgesehenen Feld der Verordnungen vorzunehmen.
10. Eine Abrechnung ist nur mit dem für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
11. Die BKK begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der BKK vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
12. Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der BKK zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die BKK nur mit vorheriger Zustimmung der BKK an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden.
13. Bei mangelnder Prüffähigkeit, erheblichen Differenzen oder der Abrechnung anderer als der in Anlage 2 vereinbarten Preise kann die BKK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnung fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 10 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 10. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die BKK nicht zur Bezahlung verpflichtet.
14. Beanstandungen der BKK müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Daraus begründete Rückforderungen können mit der nächsten Abrechnung verrechnet oder gesondert gefordert werden.

§ 8

Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.

2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
3. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
4. Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.
5. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
6. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der BKK für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.
7. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z.B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungen an die BKK zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

§ 9

Vertragserfüllung / Vertragsverstöße

1. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen), der BKK unverzüglich mitzuteilen.
2. Die BKK hat das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich in begründeten Fällen auch auf die Einsicht in sämtliche Dokumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Lieferungen für den Versicherten der BKK ersichtlich sind. Die BKK kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen.
3. Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die BKK unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit den Leistungserbringer verwarnen oder die Zahlung einer Vertragsstrafe bis zur Höhe von 25.000 Euro verlangen. Bei Nichterfüllung der fachlichen, sachlichen, räumlichen und / oder personellen Voraussetzungen sind, ungeachtet der Möglichkeit des Anspruchs einer Verwarnung, für alle während dessen abgegebenen und abgerechneten Leistungen je Leistungsfall 20 % der vertraglich geschuldeten Vergütung zurück zu erstatten.

4. In Fällen wiederholter oder schwerer Verstöße gegen diesen Vertrag oder gegen die Berufspflicht kann der Vertrag fristlos gekündigt werden. Als schwerwiegende Verstöße gelten insbesondere:
 - Berechnung nicht ausgeführter oder nicht selbst erbrachter Leistungen und Lieferungen
 - das abgegebene Hilfsmittel entspricht in seiner Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung
 - Nichterfüllung der fachlichen, sachlichen, räumlichen und/oder personellen Voraussetzungen
 - Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet ist, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
 - Leistungserbringung durch fachlich nicht qualifizierte Mitarbeiter
 - unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
 - wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
5. Die BKK räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 in der Regel die Möglichkeit zur Stellungnahme ein. Dies gilt nicht bei staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren im Rahmen des § 197 a SGB V.
6. Bei Verstößen gegen § 128 Abs. 1 und 2 SGB V gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Bei Verstößen im Sinne des Satzes 1 kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden.
7. Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch die Vertragsverletzung entstandene Schaden zu ersetzen. Mit einer Vertragsstrafe gemäß Abs. 3 ist ein Schadenersatz nach Satz 1 nicht abgegolten.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so kann daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit des gesamten Vertrages hergeleitet werden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass rechtsunwirksame Bestimmungen anzupassen sind.

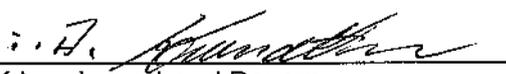
§ 11

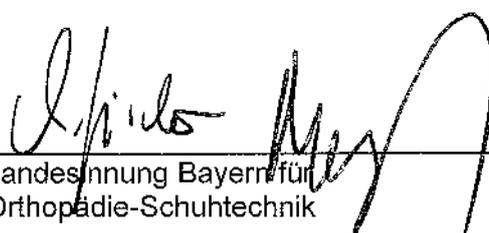
Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 01.07.2013 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt abgegebenen Hilfsmittel. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2015 schriftlich gekündigt werden. Dieser Vertrag löst alle anderen bestehenden Regelungen für diesen Bereich ab, soweit der Vertragspartner identisch ist.
2. Schließt die BKK Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V, endet dieser Vertrag am Tag vor dem Inkrafttreten der dann maßgebenden ausgeschriebenen Verträge. Darüber hinaus kann der Vertrag von der einzelnen BKK gegenüber dem Vertragspartner mit der in Absatz 1 genannten Frist gekündigt werden.
3. Werden vom Spitzenverband Bund der BKKn nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in der Anlage 2 vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise. § 127 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend.
4. Abweichende Absprachen sind zwischen den vertragschließenden Parteien möglich; sie bedürfen jedoch der Schriftform.

5. Werden Änderungen im Ablauf dieses Vertrages erforderlich, können diese einvernehmlich kurzfristig vereinbart werden.
6. Sollten für die die von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel neue gesetzliche Regelungen in Kraft treten, sind diese zu beachten und der Vertrag ist ggf. entsprechend zu modifizieren.
7. Die Anlagen 1 - 4 sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Anlagen 2 bis 2h können separat mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2015 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

München, den 21.05.2013


BKK Landesverband Bayern


Landesinnung Bayern für
Orthopädie-Schuhtechnik

Anlage 1
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“,
08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-
schuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vertragsvoraussetzungen

Präambel

Mit der durch diesen Vertrag vereinbarten Versorgungsqualität soll die Vorbeugung und die Vermeidung von Komplikationen, die Reduzierung versorgungsbedingter Amputationen, Rezidivhäufigkeit, die Integration der Betroffenen in die Gesellschaft und die Zufriedenheit (Lebensqualität) erreicht werden. Zur Erreichung dieser Zielstellung wurden Anforderungen bezüglich des eingesetzten Personal, der durchzuführenden Beratung und der einzusetzenden Hilfsmittel definiert.

Für eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln ist während der gesamten Vertragslaufzeit die nachfolgend genannte Leistungsbeschreibung zu erfüllen. Dies gilt auch für die nachfolgend aufgeführten Qualitäts- und Versorgungsstandards.

Zur Versorgung von Diabetikern sind neben den nachstehenden Bedingungen zusätzlich die in der Anlage 1 a beschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen.

Neben den vertraglichen Voraussetzungen sind die Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln maßgebend. Ein Bestandsschutz kann nur im Rahmen eines Präqualifizierungsverfahrens durch eine benannte Stelle erteilt werden.

Personelle Voraussetzungen

Der fachliche Leiter des Leistungserbringers ist ein in Vollzeit beschäftigter Orthopädienschuhmachermeister. Der fachliche Leiter hat während der Öffnungszeiten dem Betrieb zur Verfügung zu stehen. Bei Hilfsmitteln, die gemäß den Präqualifizierungskriterien einen Orthopädienschuhmachermeister erfordern, ist die Meisterpräsenz bei allen Versorgungsschritten sicherzustellen. Mitarbeiter, die im Zusammenhang mit diesen Versorgungen tätig werden, sind mindestens Gesellen des Orthopädienschuhmacherhandwerks. Bei allen anderen Hilfsmitteln ist die Meisterpräsenz nicht erforderlich.

Der Leistungserbringer hat sein Gewerbe angemeldet und ist soweit erforderlich in der Handwerksrolle eingetragen.

Der Leistungserbringer hat für sich und seine Mitarbeiter die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicherzustellen. Das Fortbildungszertifikat der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik (AGOS-Zertifikat) gilt aus ausreichend in diesem Sinne. Auf Verlangen der BKK hat der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vorzulegen.

Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten gewährleistet werden kann.

Räumliche und strukturelle Voraussetzungen

Soweit zutreffend, gilt die Arbeitsstättenverordnung für betriebliche Räumlichkeiten des Handwerks.

Der Betrieb muss in sich abgeschlossen und von anderen Betrieben / Praxen sowie privaten Wohn- und anderen gewerblichen Bereichen räumlich und organisatorisch getrennt sein.

Zur Entgegennahme der Aufträge stellt der Leistungsbringer an mindestens fünf Wochentagen im Rahmen von mindestens 40 Stunden Gesamtöffnungszeiten und während seiner darüber hinausgehenden Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung im Sinne dieses Vertrages sicher.

Sachliche Voraussetzungen

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung, der DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), der Hygiene-Sterilvorschriften und des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie der Empfehlungen des Spitzenverbandes der Krankenkassen zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement-System. Das Qualitätsmanagement-System muss durch eine akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft geprüft und abgenommen sein. Die Zertifizierung kann nach den Normen DIN EN ISO 13485, DIN EN ISO 9001 in Verbindung mit DIN EN ISO 13485 oder DIN EN ISO 9001 erfolgen. Bei einer Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 ist ein Auszug aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch vorzulegen, in dem die Hilfsmittelabgabe unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Satz 1 beschrieben ist. Sollte ein Zertifikat nicht zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses vorgelegt werden können, wird eine Übergangsfrist von maximal 6 Monaten bei einer Einzelzertifizierung und 9 Monaten bei einer Gruppenzertifizierung ab Beitritt zum Vertrag gewährt. Dies gilt nur, soweit der Fristbeginn nicht durch einen anderen Vertrag der Krankenkasse bereits ausgelöst wurde. In diesen Fällen bleibt es bei der erstmalig eingeräumten Übergangsfrist. Mit dem Vertragsbeitritt hat der Leistungserbringer den Nachweis zu erbringen, dass ein Zertifizierer beauftragt wurde. Innerhalb dieser Frist ist das Zertifikat dem BKK Landesverband Bayern vorzulegen andernfalls endet der Vertrag mit Ablauf der Übergangsfrist.

Wer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrages das 61. Lebensjahr vollendet hat und sich zu diesem Zeitpunkt verpflichtet, den Betrieb nach spätestens 4 Jahren aufzugeben, kann sich auf schriftlichen Antrag unter Angabe des Schließungstermins des Betriebes bei der Krankenkasse von der Zertifizierungspflicht befreien lassen. Die Teilnahme am Vertrag endet automatisch für den betreffenden Leistungserbringer zu dem bekannten gegebenen Datum.

Beratungs- und Qualitätsstandards

Der Leistungserbringer sichert während der Geschäftszeiten die Auskunft und Beratung durch fachkompetentes Personal. Während der Geschäftszeiten ist die Meisterpräsenz sicherzustellen.

Die Meisterpräsenz ist in allen Versorgungsschritten, bei der Auswahl, Erprobung und Abgabe sowie bei Reparaturen sicherzustellen.

Individuell gefertigte orthopädische Maßschuhe sollen durch den Vertragsarzt mit dem Ziel geprüft werden, ob sie seiner Verordnung entsprechen und den vorgesehenen Zweck erfüllen. Der Versicherte ist bei der Abgabe darauf hinzuweisen, sich mit dem Produkt beim Vertragsarzt vorzustellen.

Bei Maßanfertigungen ist der Versicherte darauf hinzuweisen, dass die Passgenauigkeit und der Sitz durch den Leistungserbringer nachzukontrollieren sind. Diese Leistung ist den Versicherten als Qualitäts- und Servicestandard durch den Leistungserbringer zu unterbreiten. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln und Zusätzen/Zubehör gelten die Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine sind mit dem Versicherten abzusprechen. Hausbesuche werden nur nach vorheriger Anmeldung durchgeführt.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in den Hilfsmitteln vorkommen können, sind abzuklären.

Der Versicherte ist über die Eigenschaften hinsichtlich des Wärme- und Feuchtigkeitsverhaltens der unterschiedlichen Materialien zu informieren.

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation/Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen, das soziale Umfeld und technische Notwendigkeiten.

Die Abgabe des Hilfsmittels ist mit dem Ausprobieren durch den Versicherten und der Einweisung in den Gebrauch verbunden. Der Versicherte erhält Hinweise auf die Reinigung und die Gebrauchsanweisung. Er ist auf die Verfahrensweisen bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.

Bei der Versorgung mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh sowie bei Einlagen ist vom Versicherten und vom Orthopädienschuhmacher bei den genehmigungsfreien Versorgungsleistungen eine Patientenerklärung gemäß Anlage 4 auszufüllen und zu unterzeichnen. Die BKK verzichtet bis auf weiteres auf die Vorlage der Patientenerklärung bei der Abrechnung. Die Erklärung ist vom Leistungserbringer zu archivieren und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aufzubewahren. Die Patientenerklärung wird bei einem festgestellten Fehlverhalten von der BKK beim Leistungserbringer angefordert.

Werden Schuhzurichtungen oder Einlagen über die festgesetzte Mengengrenzung hinaus abgegeben, werden diese von der Rechnung abgesetzt. Wenn in begründeten Fällen von der Höchstmenge abgewichen werden soll, wird dies im jeweiligen Einzelfall von der BKK geprüft. Hierzu reicht der Leistungserbringer einen entsprechenden Kostenvoranschlag mit einer Begründung bei der BKK ein.

Der Versorgungsverlauf ist gemäß dem MPG zu dokumentieren.

Depotverbot / Annahmestellen / Notfallversorgung / unzulässige Zusammenarbeit

Hilfsmitteldepots in oder für Arztpraxen, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Einrichtungen, Annahmestellen für vertragsärztliche Verordnungen, die Annahme vertragsärztlicher Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) und Sprechstunden von Leistungserbringern in Arztpraxen, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig.

Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgung mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist anzunehmen, wenn

- aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
- die konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
- der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
- der Versicherte nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also die Versorgung nicht im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.

Die vorgenannten Ausnahmetatbestände treffen regelmäßig nicht zu. Zudem ist für den überwiegenden Teil der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel die Abgabe den Meistern des Orthopädie-schuhmacherhandwerks vorbehalten. Dieses Handwerk zählt zu den gefahrengeneigten Handwerken. Die Forderung nach der Meisterpräsenz ergibt sich konkludent aus der Handwerksordnung. Nachdem der Meister die Arbeiten überwachen und ggf. lenkend und korrigierend eingreifen muss, ist das Delegieren der Abgabe dieser Hilfsmittel an Dritte grundsätzlich nicht zulässig. Sofern im Einzelfall eine Notfallversorgung aus einem Depot zulässig ist, ist der in der Anlage 2h ausgewiesene Abschlag vom Vertragspreis in Abzug zu bringen. Dies gilt nicht für Unterarmgehstützen.

Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z.B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Ordnungsverhalten finanziell partizipieren.

Eine unzulässige Zusammenarbeit im Sinne von § 128 Abs.2 SGB V zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über oder unter den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet. Zulässig angemietete Geschäftsräume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

Produktstandards

Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der BKK zu erbringen. Entsprechend der medizinischen Notwendigkeit erfolgt die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß den Produktgruppen 02, 08, 10 und 31 des Hilfsmittelverzeichnisses.

Die notwendigen Hilfsmittel werden herstellernerneutral und an den Erfordernissen der Versorgung orientiert eingesetzt.

Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart der Produktgruppe 02, 08, 10 oder 31 verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund einer produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Einkaufspreis des verordneten Produktes den vereinbarten Netto-Preis überschreitet.

Anlage 1 a
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“,
08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-
schuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Versorgung von Diabetikern

Die Versorgung von Diabetikern erfordert besondere Voraussetzungen. Das Qualitätsmanagementsystem des Leistungserbringers stellt sicher, dass die Versorgungen des diabetischen Fußes den Empfehlungen der DDG / DGOOC, den Qualitätskriterien des Hilfsmittelverzeichnis sowie ggf. weiterer maßgeblicher Institutionen entsprechen.

Zur Versorgung ist der Leistungserbringer nur dann berechtigt, wenn die Versorgung von Mitarbeitern durchgeführt wird, die als Zusatzqualifikation das Zertifikat zur Versorgung des diabetischen Fußes (Teil I-IV) erworben haben, das vom ZVOS oder der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik geprüft und als geeignet bestätigt wurde.

Des Weiteren ist der Leistungserbringer mit einem Gerät zur elektronischen Druckverteilungsmessung ausgestattet.

Die erhöhten Hygieneanforderungen bei der Diabetesversorgung sind durch einen Hygieneplan, Waschmöglichkeiten in der Kabine / Maßbereich sowie Desinfektionsmöglichkeiten sicherzustellen.

Ziele und Prinzipien bei der Versorgung des diabetischen Fußsyndroms

Ziele der Versorgung des diabetischen Fußes

Die stadiengerechte und qualitätsgesicherte Versorgung des diabetischen Fußes soll die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen von Komplikationen des Diabetes mellitus im Bereich der unteren Extremität verringern.

Insbesondere soll die Häufigkeit von Ulcerationen am Fuß, von Ulcus-Rezidiven und diabetesbedingten Amputationen der unteren Extremität verringert werden.

Gleichzeitig sollen sowohl die Unter- als auch die Überversorgung beim diabetischen Fußsyndrom vermieden werden.

Schließlich soll die Akzeptanz der orthopädieschuhtechnischen Hilfsmittel bei den Betroffenen erhöht werden.

Prinzipien der Versorgung des diabetischen Fußes

Die Versorgung von Versicherten mit diabetes-spezifischen Fußkomplikationen („Diabetischer Fuß“) erfolgt auf der Basis des Versorgungsschemas der DDG und DGOOC. Insbesondere Überversorgungen sind zu vermeiden.

Die Versorgung erfolgt in enger Abstimmung mit den verordnenden Institutionen, insbesondere Diabetes-Schwerpunktpraxen und Fußambulanzen. Auf die Motivation der Patienten und die Compliance wird in Zusammenarbeit mit dem Arzt eingewirkt.

Vor der Versorgung ist der genaue Schädigungsgrad zu ermitteln und gegenüber der BKK zu dokumentieren. Dazu sind z.B. die ärztlichen Angaben, die Auskünfte der Versicherten sowie eigene Erhebungen zu verwenden.

Für die Schädigungsstadien 0 und I werden keine spezifischen Hilfsmittel benötigt. Hier sind die Versicherten über die Möglichkeiten der eigenverantwortlichen Versorgung mit sog. Bequem- oder Prophylaxe-Schuhen und ggf. über die Versorgungsmöglichkeit mit orthopädischen Einlagen der Produktgruppen 08.03.01 bis 08.03.03 oder Schuhzurichtungen der PG 31 zu informieren.

Der Versorgungsanspruch umfasst nach einer erfolgreichen Probezeit von mindestens einem Monat neben der Erstausrüstung auch die Ausstattung mit einem zweiten Paar Schutz- oder Maßschuhe. Vorher ist durch den Leistungserbringer zu prüfen, ob die bisherige Versorgung funktionsgerecht gewesen ist und regelmäßig getragen wurde. Die Versorgung für den häuslichen Bereich ist zusätzlich möglich.

Die Versorgung, Einweisung und Beratung von Versicherten mit diabetischen Fußkomplikationen wird ausschließlich durch fachlich geschultes Personal vorgenommen. Entsprechende Schulungen und Fortbildungen sind für alle beteiligten Mitarbeiter/innen regelmäßig durchzuführen.

Die Versorgung wird vor der endgültigen Abgabe hinsichtlich Funktion und erzielter Gefährdungsreduktion geprüft. Die Kontrolle erfolgt sowohl durch persönliche Begutachtung durch einen Fachmitarbeiter als auch unter Einsatz technischer Mittel. Ggf. notwendige Korrekturen sind mit den Pauschalen abgegolten und können auch später nicht gesondert berechnet werden.

Befunddokumentationsbogen und Abgabeprotokoll „Diabetischer Fuß“

Aus der Dokumentation muss die Zuordnung zur Risikogruppe gemäß dem Versorgungsschema der DDG/DGOOC hervorgehen. Alle für die Versorgung relevanten Befunde sind zu erfassen. Hierzu zählen insbesondere der neurologische und angiologische Status, vorhandene Fußdeformationen und Fehlstatiken, die Lokalisation von Defekten sowie die relevanten Vor- und Begleiterkrankungen/-verletzungen.

Das Abgabeprotokoll enthält die Angaben zur durchgeführten Versorgung sowie zur Überprüfung der Funktion und Passform der Versorgung bei der Abgabe. Weiterhin enthält das Abgabeprotokoll die Bestätigung des Versicherten über die erfolgte Aufklärung zum Krankheitsbild „diabetischer Fuß“, zum Umgang mit den Hilfsmitteln und die Bestätigung über den Empfang der Hilfsmittel.

Die Dokumentation und das Abgabeprotokoll sind der BKK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Schuhversorgung und Risikoklassen beim diabetischen Fußsyndrom und analogen Neuro-Angio-Arthropathien (gemäß DDG und DGOOC)

Risikogruppe		Erläuterung	Regelversorgung
0	Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	Fußgerechte Konfektionsschuhe
I	Wie 0, mit Fußdeformität	Höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK	Orthopädiesschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	D.m. mit Sensibilitätsverlust durch PNP / pAVK	klinisch relevante PNP bei Sensibilitätsverlust	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer Weichpolstersohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung
III	Z. n. <u>plantarem</u> Ulcus	Deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II	Diabetesschutzschuh i.d.R. mit Diabetes adaptierter Fußbettung
IV	Wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	Nicht nach konfektioniertem Leisten zu 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 Fußteillamputation	mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amputation	Versorgung wie IV bzw. V
VII	Akute Läsion / floride DNOAP	stets als temporäre Versorgung	Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe, Interimsschuhe, Orthesen, TCC 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.

Sind die verordneten Komponenten enthalten?

Ist die Passform gewährleistet?

Sind Stand-, Tritt- und Gangsicherheit gegeben?

Ist die Funktion hinsichtlich Schutz des Fußes und Ausgleich funktioneller Einschränkungen gegeben?

Wurden die Kriterien für die Schuhversorgung beim DFS eingehalten?

Ergänzende Erläuterungen zu den Stadien:

- 0 Aufklärung und Beratung gilt auch für alle weiteren Risikogruppen
- I regelmäßige Kontrolle durch den behandelnden Arzt
- II Klinisch relevanter Sensibilitätsverlust (Stimmgabeltest <5/8, Mikrofilament neg.), auch bei nicht plantarem Ulcus
- III (nur) bei plantarem Ulcus, sonst II
- IV Arbeit über konventionellen individuellen Leisten nicht möglich. Erstellung eines Gipsnegativs notwendig
- V Weiterhin hochgradig gefährdeter Fuß, Unterteilung nach Lokalisation gemäß Sanders
- VI Versorgung nach Höhe der Amputation, Ziel: Druckumverteilung und Vermeidung von Scherkräften
- VII Wagner II-V, Levin I

(*) gilt für diesen Vertrag nur, sofern ohne unzumutbaren Mehraufwand durchführbar (z.B. in Schwerpunktpraxen und stationären Einrichtungen)

Minimalkriterien für die Schuhversorgung beim DFS:

Genügend Raum für die Zehen in Länge und Höhe, ausreichende Breite, Vermeiden von drückenden Nähten, weiches Material über druckgefährdeten beweglichen Fußregionen, keine auf den Fuß einwirkende Vorderkappe, herausnehmbare konfektionierte Polstersohle mit Druckspitzenreduktion im Ballenbereich um 30%, Möglichkeit einer orthopädiesschuhtechnischen Zurichtung

- Der Begriff „Diabeteschutzschuh“ ist im selben Sinne zu verwenden wie „Diabetesspezialschuh“, „orthopädischer Aufbauschuh“, „konfektionierte Therapieschuh“ oder „semiorthopädischer Schuh“. Bei der Abgabe muss die Funktion hinsichtlich Statik und Dynamik überprüft und nötigen falls durch orthopädische Zurichtungen optimiert werden.
- Die überprüfbare Dokumentation einer gezielten lokalen Druckentlastung durch eine Diabetes adaptierte Fußbettung ist unter dynamischen Bedingungen nur mit Hilfe pedobarographischer Messsohlen möglich. Für die Dokumentation von Zonen erhöhten Druckes durch funktionelle Deformitäten ist die dynamische Pedographie statischen Verfahren (Blauabdruck) überlegen.
- Für die Korrektur oder den funktionellen Ausgleich einer höhergradigen Fußdeformität mittels Maßschuhen ist die manuelle Anfertigung eines individuellen Sonderleistsens nach Gipsabdruck oder in vergleichbarer Technik erforderlich. Der aktuelle Stand der Automatisierungstechnik erlaubt die Maßanfertigung nur für gering deformierte Füße.
- Bei einer akuten Läsion (Ulkus oder noch florider DNOAP) ist eine Totalentlastung mit einem Allgöwer-Apparat oder Thomas-Splint nur in Ausnahmefällen erforderlich. Beim Ulkus steht die Druckentlastung und Druckumverteilung im Vordergrund, bei der DNOAP die Ausschaltung der Fußgelenkbewegungen
- Zur Nachkontrolle sind ab Gruppe III minimal alle 3 Monate ambulante Untersuchungen nötig.
- Die diabetischen Schuhversorgungen dürfen lediglich unter Aufsicht eines Orthopädiesschuhmachermeisters mit entsprechender fachlicher Ausbildung durchgeführt werden.

Ein Diabetes-Therapieschuh hat folgende technische Bauteile zu enthalten:

- Keilabsatz und/oder Pufferabsatz und/oder Abrollabsatz
- Schuhbodenversteifung
- Diabetes geeignete Futterstoffe im Vorschuh nahtlos, Schafränder gepolstert und ausreichend Platz für Diabetes adaptierte Fußbettung.

Enthalten die verwendeten Diabetes-Therapieschuhe diese Bauteile nicht, sind die o.g. Zurichtungen nicht gesondert abrechenbar.

Eine Diabetes adaptierte Fußbettung hat folgende Fertigungsmerkmale:

- Diabetes adaptierte Fußbettung aus zur Druckumverteilung geeignetem Material in ausreichender Stärke und mit entsprechenden Dämpfungseigenschaften.
- Diabetes adaptierte Fußbettung ca. 8 - 16 mm stark (am Scheitelpunkt der Rolle ca. 10 - 16 mm), am Fersennittelpunkt ca. 8 - 12 mm
- Prüfung der Druckumverteilung
- Dünnsste Stelle min. 8 mm stark
- Individueller Aufbau der Bettung aus mindestens 3 Schichten
- Keine Verwendung von industriell vorgefertigten Rohlingen
- Tiefgezogen über individuell hergestelltem Fußmodell, Formabdruck, z.B. Gipsabdruck hergestellt, und in den Schuh eingepasst
- Keine Pelotten oder Stufen in der Oberfläche
- Individueller Aufbau der Bettung aus mindestens 3 Schichten
- Keine Lederoberfläche
- Diabetes geeignetes Obermaterial
- Abwaschbar und desinfizierbar
- Individuell in eigener Werkstatt gefertigt

Stadieneinteilungen bei pAVK und PNP

Einteilung der pAVK nach Fontaine

Stadium	Erläuterung
I	Beschwerdefreiheit, meist Zufallsbefund (fehlende periphere Arterienpulse)
II a	Belastungsschmerz, Claudicatio intermittens beschwerdefreie Gehstrecke >200 m
II b	Belastungsschmerz, Claudicatio intermittens beschwerdefreie Gehstrecke <200 m
III	Ruhschmerz in der betroffenen Extremität bei horizontaler Lage
IV	trophische Störungen in Form von Nekrosen (trockene od. feuchte Gangrän)

Einteilung der neuropathischen Ulzera nach Wagner

Grad	Erläuterung
0	Keine Läsion
1	Oberflächliche Ulzera
2	Tiefes Ulcus bis Gelenkkapsel, Sehnen oder Knochen
3	Tiefes Ulcus mit Abszedierung, Osteomyelitis, Infektion der Gelenkkapsel
4	Begrenzte Vorfuß- oder Fersennekrose
5	Nekrose des gesamten Fußes

Einteilung der Lokalisation der neuropathischen Osteoarthropathie nach Sanders

Stadium	Erläuterung
I	Interphalangealgelenke, Phalangen, Metatarsophalangealgelenke, Metatarsalia
II	Tarsometatarsalgelenke
III	Naviculocuneiformgelenk, Talonaviculargelenk, Calcaneocuboidalgelenk
IV	Sprunggelenk
V	Calcaneus

Verlaufsstadien der Osteoarthropathie nach Levin

Stadium	Erläuterung
I	Akutes Stadium (Rötung, Schwellung, Überwärmung)
II	Knochen- und Gelenkveränderungen, Frakturen
III	Fußdeformation: ggf. Plattfuß, später Wiegefuß (durch Frakturen und Entzündungen)
IV	Zusätzliche plantare Fußläsion

Anlage 2

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-schuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütungsvereinbarung

Leistungsbeschreibung

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02, 08, 10 und 31 einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Die Anlagen 2 bis 2h regeln die Vergütung für die im Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-schuhmacherhandwerks und in der Anlage 1 genannten Leistungen.
2. Bei einer Fortschreibung im Hilfsmittelverzeichnis in den Produktgruppen 02, 08, 10 und 31 sind Produkte neuer, in diesem Vertrag noch nicht aufgeführter Produktuntergruppen und/oder -arten mit Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der BKK einzureichen. Die Vertragspartner bemühen sich zeitnah Preise für neue Produktuntergruppen und/oder -arten zu vereinbaren.
3. Sind für Produktarten keine Vertragspreise vereinbart, wird vom Leistungserbringer zur Angebotsberechnung auf den vom Hersteller ausgewiesenen Einkaufspreis ein Aufschlag in Höhe von 20 % sowie die Arbeitszeit mit der Anlage 2h angegebenen Stundenverrechnungssatz zuzüglich der Mehrwertsteuer veranschlagt.
4. Für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln gelten die Qualitätsstandards der Produktgruppen 02, 08, 10 und 31 des Hilfsmittelverzeichnisses des Spitzenverbandes Bund der BKKn gemäß § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
5. Mit den in den Anlagen 2a bis 2h vereinbarten Vertragspreisen sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Abgabe sowie Nachbetreuung der Versicherten oder deren betreuenden Personen.

Anlage 2a

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädeschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für Adaptionshilfen (Vorsorgungsbereich 31A, 31B, 31C oder 31D)

Positionsnummer *	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	Mwst	Genehmigungspflicht
02.40.01.	Anziehhilfen					
02.40.01.2	Strumpf- bzw. Strumpfhosenanziehhilfen	Stück	00	34,50 €	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2b

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 08 „Einlagen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für Einlagen (Versorgungsbereiche 08A und 08B)

Positionsnummer*	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflichtig
08.03.01	Kopieeinlagen (Paar)					
08.03.01.0	Ledereinlagen mit Längsgewölbestütze	Paar	00			
08.03.01.1	Kopieeinlagen aus thermoplastisch verformbaren Kunststoffen	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V		
08.03.01.2	Leichtmetalleinlagen	Paar	00			
08.03.01.3	Edestahleinlagen	Paar	00			
08.03.02	Bettungseinlagen (Paar)					
08.03.02.0	Kork-Ledereinlagen	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V		
08.03.02.1	Weichpolistereinlagen	Paar	00			
08.03.03	Schaleneinlagen (Paar)					
08.03.03.0	Kork-Leder-Schaleneinlagen	Paar	00			bei Versicherungen ab dem 18. Lebensjahr
08.03.03.1	Schaleneinlagen aus thermoplastisch verformbaren Kunststoffen	Paar	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V		
08.03.03.2	Schaleneinlagen aus Metall	Paar	00			

08.00.03.0702	<p>Sondereinlagen mit teilweiser Weichbettung - Typ B</p> <p><u>Beschreibung:</u> Schalenform aus geeignetem formstabilen Material, über Positiv oder 3D-Modell gearbeitet, keine Verwendung von Rohlingen, Leder oder gleichwertiges Material als Bezug, langsohlig 4/4, erforderliche Weichbettung für extrem empfindliche Bereiche und die Materialstärke der Weichbettung muss mind. 5 mm betragen</p> <p><u>Indikationen:</u> Calcaneusfraktur, Rheumatischer Fuß – kontrakt, stark deformiert, Lähmung spastisch, Plattfuß kontrakt (z. B. Os tibiale externum) Sichelfuß – pes adductus – (begründender Befund erforderlich)</p>	Paar	00	248,58 €	2	X
08.00.03.0703	<p>Sondereinlagen mit Zehenersatz - Typ C einseitig</p> <p><u>Beschreibung:</u> Schalenform aus geeignetem formstabilen Material, über Positiv oder 3D-Modell gearbeitet, keine Verwendung von Rohlingen, Leder oder gleichwertiges Material als Bezug, langsohlig 4/4 und Vorfuß-Zehenersatz aus geeignetem Material</p> <p><u>Indikationen:</u> Amputation – langer Mittelfußstumpf (Charp-Jäger), Amputation Zehenerverlust</p>	Paar	00	211,18 €	2	X
08.00.03.0704	<p>Sondereinlagen mit Zehenersatz - Typ C beidseitig</p> <p><u>Beschreibung:</u> Schalenform aus geeignetem formstabilen Material, über Positiv oder 3D-Modell gearbeitet, keine Verwendung von Rohlingen, Leder oder gleichwertiges Material als Bezug, langsohlig 4/4 und Vorfuß-Zehenersatz aus geeignetem Material</p> <p><u>Indikationen:</u> beidseitige Amputation – langer Mittelfußstumpf (Charp-Jäger), Zehenerverlust</p>	Paar	00	241,03 €	2	X

08.99.99.9000	Abrechnungspositionen für Reparaturen				
08.00.99.9904	Neubeledung für Kopie-, Korkleder-, u.. Weichpolistereinlagen	Stück	01	7,64 €	1
08.00.99.9906	Neubeledung der Schaleinlagen und Korrekturbackeneinlagen	Stück	01	19,76 €	1
08.00.99.9907	Stoßleder, Sohlenschoner und Gummipflättchen	Stück	01	3,69 €	1
08.00.99.9908	Beinlängenkorrektur bis 1 cm	Stück	01	16,45 €	1
08.99.99.0001	Supinationskeil/Pronationskeil	Stück	01	2,64 €	1
08.99.99.0002	Fersenspornausnehmung/-polster, incl. Lederbezug	Stück	01	6,49 €	1
08.99.99.0003	Rigidusfeder, incl. langer Lederdecke	Stück	01	19,80 €	1
08.99.99.0005	Weichbettung, Vorfußbereich, incl. Lederbezug	Stück	01	3,70 €	1

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

KVA = Kostenvoranschlag

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Soweit in der vorgenannten Preisliste „Festbetrag gemäß § 36 SGB V“ ausgewiesen ist, gelten die vom GKV-Spitzenverband nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträge in der jeweils gültigen Fassung.

Anlage 2c

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für Gehhilfen (Versorgungsbereiche 31A, 31B, 31C oder 31D)

Positionsnummer *	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	Mwst	Genehmigungspflicht
10.50.01	Hand-/Gehstöcke					
10.50.01.0	Handstöcke	Stück	00	11,00 €	1	
10.50.01.1	Gehstöcke	Stück	00	15,00 €	1	
10.50.01.2	Gehstöcke mit anatomischem Handgriff	Stück	00	16,00 €	1	
10.50.01.3	Mehrfußgehilfen	Stück	00	56,00 €	2	
10.50.01.4	Mehrfußgehilfen mit anatomischem Handgriff	Stück	00	64,00 €	2	
10.50.02.	Unterarmgehstützen					
10.50.02.0	Unterarmgehstützen	Stück	00	10,90 €	2	
10.50.02.1	Unterarmgehstützen mit anatomischem Handgriff	Stück	00	15,00 €	2	
10.50.02.2	Arthritisstützen	Stück	00	89,00 €	2	
10.50.03	Achselstützen					
10.50.03.0	Achselstützen	Stück	00	32,00 €	2	

10.99.01	Zubehör					
10.99.01.0	Stockpuffer	Stück	05	1,50 €	1	
10.99.01.1	Spezialstockpuffer	Stück	05	5,60 €	1	
10.99.01.2	Stockhalter	Stück	05	5,60 €	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Anlage 2d

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für orthopädische Maßschuhe (Versorgungsbereich 31A)

Positionsnnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflichtig
31.03.01	Orthopädischer Maßschuh					
31.03.01.0	Orthopädischer Straßenschuh	Stück	00	390,00 €	2	X
31.03.01.1	Orthopädischer Hausschuh	Stück	00	350,00 €	2	X
31.03.01.2	Orthopädischer Sportschuh	Stück	00	375,00 €	2	X
31.03.01.3	Orthopädischer Badeschuh	Stück	00	234,50 €	2	X
31.03.01.4	Orthopädischer Interimsschuh	Stück	00	307,71 €	2	X
31.03.02	Zusatzarbeiten am orthopädischen Maßschuh					
31.03.02.0	Zusatzarbeiten an der Sohle					
31.03.02.0005	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpchen	Stück	05	0,00 €	2	X
31.03.02.2	Zusatzarbeiten bei Beinorthese					
31.03.02.2000	Mehraufwand bei Maßschuh über Orthese	Stück	05	32,36 €	2	X
31.03.02.2001	Verkürzungsausgleich, einschl. Erhöhung der Hinterkappe ab 3,5 cm	Stück	05	22,86 €	2	X
31.03.02.2002	Anbringen eines vorhandenen Schuhbügels	Stück	05	34,52 €	2	X

31.03.02.3	Zusatzarbeiten an der Hinterkappe					
31.03.02.3001	einseitig eingewalkte verstärkte Knöchelstütze mind. 15 cm hoch	Stück	05	65,00 €	2	X
31.03.02.3002	beidseitig eingewalkte verstärkte Knöchelstütze mind. 15 cm hoch	Stück	05	110,00 €	2	X
31.03.02.3003	große Peronäuskappe mit Verstärkung über 15 cm hoch	Stück	05	80,00 €	2	X
31.03.02.3004	kleine Peronäuskappe mit Verstärkung bis 15 cm hoch	Stück	05	65,00 €	2	X
31.03.02.3005	Arthrodesenkappe, rückfußumfassend mit Polsterung des Knöchels	Stück	05	142,50 €	2	X
31.03.02.4	Zusatzarbeiten zur Bodenversteifung					
31.03.02.4000	Sohlenversteifung mit Einarbeitung	Stück	05	26,00 €	2	X
31.03.02.5	Zusatzarbeiten am Blatt/Futter/Schaft					
31.03.02.5000	versteiftes Vorderblatt	Stück	05	34,00 €	2	X
31.03.02.5001	teilversteiftes Vorderblatt	Stück	05	23,00 €	2	X
31.03.02.5002	Mehrpreis für Lammfellfutter anstelle von Lederfutter	Stück	05	33,25 €	2	X
31.03.02.5003	Schafterhöhung über 15 cm je cm	Stück	05	7,10 €	2	X
31.03.02.5004	vordere Stützlasche	Stück	05	49,67 €	2	X
31.03.02.5005	Entlastungspolster im Schaft	Stück	05	6,30 €	2	X
31.03.02.6	Zusatzarbeiten bei Beinlängendifferenz					
31.03.02.6000	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhung je angefangener cm	Stück	05	23,23 €	2	X
31.03.02.6001	Mehrpreis Laminatverstärkung am Verkürzungsausgleich	Stück	05	29,99 €	2	X

31.03.02.7	Zusatzarbeiten für Fußbettung und -entlastung						
31.03.02.7000	Mehrpriis für Stufenentlastung oder Fußbettung für stark deformierten Fuß	Stück	05	24,05 €	2		X
31.03.02.7001	Mehraufwand für Entlastung bei Vorfuß- und und/oder Fersenpolsterung	Stück	05	10,92 €	2		X
31.03.02.7002	Polstersohle mit Lederabdeckung nach Belastungsabdruck o.a. Materialien	Stück	05	15,33 €	2		X
31.03.05	Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh						
31.03.04.	Absatzarbeiten						
31.03.04.0001	Einseitige Absatzverlängerung, Abroll- / vorgezogener Absatz	Stück	01	33,95 €	1		
31.03.04.0002	Einseitige Absatzverbreiterung	Stück	01	33,95 €	1		
31.03.04.0003	Keilabsatz	Stück	01	33,95 €	1		vgl. § 3 Abs. 15
31.03.04.0006	Abschlag bei Mehrfachverordnung am Absatz	Stück	01	- 10,67 €	1		
31.03.04.0007	Anbringen eines vorhandenen Schuhbügels	Stück	01	63,01 €	1		
31.03.05	Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh						
31.03.05.1	Bodenarbeiten						
31.03.05.1000	Bodenversteifung mit Einarbeitung	Stück	01	49,40 €	1		vgl. § 3 Abs. 15
31.00.03.2007	Gleitspitze für orth. Maßschuhe	Stück	01	29,45 €	1		
31.03.05.2	Bettungsarbeiten						
31.03.05.2000	Ersatzfußbettung	Stück	01	71,50 €	1		
31.03.05.2001	Neue Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung	Stück	01	18,46 €	1		vgl. § 3 Abs. 15
31.03.05.2002	Polstersohle mit Lederabdeckung	Stück	01	19,06 €	1		
31.03.05.2003	Neue Abdeckung der Fußbettung im Schuh	Stück	01	14,21 €	1		

31.03.05.3	Schaffarbeiten						
31.03.05.3000	Neues Lederfutter am Schaft und an der Lasche	Stück	01	43,32 €	1		
31.03.05.3001	Neues Lammfellfutter	Stück	01	68,96 €	1		vgl. § 3 Abs. 15
31.03.05.3003	Neues Entlastungspolster im Schaft	Stück	01	17,55 €	1		
31.00.03.0530	Klefft-/Reiss-/ oder Schnallverschluss am orth. Maßschuh	Stück	01	23,51 €	1		
31.03.05.4	Sohlenarbeiten						
31.03.05.4000	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelefußköpfchen	Stück	01	48,50 €	1		
31.03.05.4001	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je cm, (Sohle und Absatz)	Stück	01	35,08 €	1		
31.03.04.1003	einseitige Sohlenerhöhung mit Absatzangleichung	Stück	01	24,25 €	1		vgl. § 3 Abs. 15
31.03.04.1004	Entfernung einer Schuherhöhung an Sohle und Absatz	Stück	01	24,25 €	1		
31.03.04.2000	Rolle mit rückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung	Stück	01	33,95 €	1		
31.03.04.2001	Ausgleichsrolle für Gegenseite	Stück	01	33,95 €	1		
31.03.06.	Leisten						
31.03.06.0004	Leistenumstellung nach neuen Maßen	Stück	05	50,00 €	2		X
31.03.06.0005	Halbschuhleisten	Stück	05	100,30 €	2		X
31.03.06.0006	Knöchelleisten	Stück	05	155,20 €	2		X
31.03.06.0007	Beinleisten	Stück	05	194,00 €	2		X

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Wird ein Hilfsmittel in Verbindung mit einem Gebrauchsgegenstand verwendet, ersetzt es diesen (z.B. Orthopädische Schuhe) oder ist in ihm ein solcher enthalten, beschränkt sich die Leistungspflicht der BKK auf das eigentliche Hilfsmittel. Den auf den Gebrauchsgegenstand entfallenden Kostenanteil des Gegenstandes hat der Versicherte selber zu tragen. Bei solchen Produkten wird ein Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstandsanteil beim Versicherten erhoben. Der GKV-Spitzenverbände hat eine Empfehlung zur Höhe der Beträge abgegeben.

Eigenanteile für orthopädische Maßschuhe

Straßenschuhe	76,00 Euro für Erwachsene / Paar 45,00 Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar
Hausschuhe	40,00 Euro für Erwachsene / Paar 20,00 Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar
Sportschuhe	30,00 Euro für Erwachsene / Paar 20,00 Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar
Badeschuhe	14,00 Euro für Kinder und Erwachsene / Paar
Interimsschuhe über Beinorthesen	Eigenanteilsfrei
bei einseitiger Versorgung 50 % der angegebenen Summe	

Anlage 2e

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh (Versorgungsbereich 31B)

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.- Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflicht
31.03.04	Orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh					
31.03.04.0	Arbeiten am Absatz					
31.03.04.0001	Einseitige Absatzverlängerung, Abroll-/vorgezogener Absatz	Stück	05	33,95 €	1	
31.03.04.0002	Einseitige Absatzverbreiterung	Stück	05	33,95 €	1	
31.03.04.0003	Keilabsatz	Stück	05	33,95 €	1	
31.03.04.0006	Abschlag bei Mehrfachverordnung am Absatz	Stück	05	- 10,67 €	1	
31.03.04.0007	Anbringen eines vorhandenen Schuhbügels	Stück	05	63,01 €	1	
31.00.03.0401	Negativabsatz inkl. Sohlenangleichung in Rollenform; nur bei geeigneten flachen Schuhen (liegt im Verantwortungsbereich des Versicherten)	Stück	05	33,95 €	1	
31.03.04.1	Arbeiten zur Schuherhöhung					
31.03.04.1000	Verkürzungsausgleich im Absatzbereich bis 1 cm, innen oder außen	Stück	05	18,43 €	1	
31.03.04.1001	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je Zentimeter (Sohle und Absatz)	Stück	05	32,59 €	1	
31.03.04.1003	Einseitige Sohlenerhöhung mit Absatzangleichung	Stück	05	24,25 €	1	
31.03.04.1004	Entfernung einer Schuherhöhung	Stück	05	24,25 €	1	

31.03.04.2	Arbeiten an der Sohle					
31.03.04.2000	Rolle mit rückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung	Stück	05	33,95 €	1	
31.03.04.2001	Ausgleichsrolle für Gegenseite	Stück	05	33,95 €	1	
31.03.04.2002	Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung	Stück	05	36,96 €	1	
31.03.04.2003	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen	Stück	05	48,50 €	1	X
31.03.04.2004	Entfernen der Rolle mit rückversetztem Auftritt	Stück	05	24,25 €	1	
31.03.04.3	Arbeiten zur Entlastung, Stützung, Polsterung und Schaftveränderung					
31.03.04.3001	Einarbeitung einer Stufenentlastung	Stück	05	28,53 €	1	X
31.03.04.3004	Einarbeitung einer Haglundfersenentlastung oder Vorfußrückenpolster	Stück	05	25,22 €	1	
31.03.04.3005	Schuhbodenversteifung	Stück	05	73,72 €	1	X
31.03.04.3006	Schuhbodenverbreiterung	Stück	05	63,05 €	1	X
31.03.04.3007	Einseitige Schaftversteifung	Stück	05	58,20 €	1	X
31.03.04.3008	Doppelseitige Schaftversteifung	Stück	05	77,60 €	1	X
31.03.04.3011	Anbringen von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss	Stück	05	29,10 €	1	X

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Werden als „nicht genehmigungspflichtig“ gekennzeichnete Zurichtungen zusammen mit einer genehmigungspflichtigen Zurichtung verordnet, ist die gesamte Versorgung genehmigungspflichtig.

Anlage 2f

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für konfektionierte Therapieschuhe (Versorgungsbereich 31C)

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.- Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflicht
31.03.03	Therapieschuhe, konfektionierte					
31.03.03.0	Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung	Paar	00	245,00 €	1	
31.03.03.1	Stabilisationsschuhe bei Achillessehnenbeschädigung	Paar	00	365,00 €	1	
31.03.03.2	Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen	Paar	00	291,00 €	1	X
31.03.03.3	Verbandschuhe (Kurzzeit)	Stück	00	61,66 €	1	
31.03.03.4	Verbandschuhe (Langzeit)	Stück	00	60,32 €	1	
31.00.03.0341	Verbandschuhe (Langzeit) Zuschlag 2. Schuh	Stück	00	46,82 €	1	
31.03.03.5	Fußteil-Entlastungsschuh	Stück	00	74,88 €	1	
31.03.03.6	Korrektursicherungsschuhe	Paar	00	181,75 €	1	
31.03.03.7	Schuhe über Beinorthese sind nur bei Orthesen mit Fußteil indiziert, die nicht flexibel und / oder nicht dynamisch wirken	Paar	00	207,22 €	1	
31.03.03.8	Höhenausgleichsschuhe	Stück	00	KVA	1	X

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

KVA = Kostenvoranschlag

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Wird ein Hilfsmittel in Verbindung mit einem Gebrauchsgegenstand verwendet, ersetzt es diesen (z.B. Orthopädische Schuhe) oder ist in ihm ein solcher enthalten, beschränkt sich die Leistungspflicht der BKK auf das eigentliche Hilfsmittel. Den auf den Gebrauchsgegenstand entfallenden Kostenanteil des Gegenstandes hat der Versicherte selber zu tragen. Bei solchen Produkten wird ein Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstandsanteil beim Versicherten erhoben. Der GKV-Spitzenverbände hat eine Empfehlung zur Höhe der Beträge abgegeben.

Eigenanteile für konfektionierte Therapieschuhe

Stabilisationsschuhe	76,00 Euro für Erwachsene / Paar 45,00 Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar
Verbandschuhe	Eigenanteilsfrei
Fußteillastungsschuhe	Eigenanteilsfrei
Korrektursicherungsschuhe	Kinder 45,00 Euro / Paar
Schuhe über Beinorthesen	76,00 Euro für Erwachsene / Paar 45,00 Euro für Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar

bei einseitiger Versorgung 50 % der angegebenen Summe

Anlage 2g

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für Diabetesversorgungen (Versorgungsbereich 31D)

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflicht
31.03.07.0	Diabetes adaptierte Fußbettungen für orthopädische Schuhe nach Maß oder für konfektionierte Schuhe					
31.03.07.0001	Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß	Stück	00	112,62 €	2	X
31.03.07.0002	Diabetes adaptierte Fußbettung für konfektionierte Schuhe	Stück	00	125,77 €	1	X
31.03.08.0	NN (geplante Produktart: Konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker)					
31.03.08.0	Konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker (Straßenschuhe)	Paar	00	212,00 €	1	X
31.00.03.0303	Konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker (Hausschuhe)	Paar	00	212,00 €	1	X
31.00.03.0302	Aufschlag für Sonderweiten	Paar	00	15,56 €	1	X
31.99.99.0005	Abschlag bei Nachlieferung für die Fußbettung in der Grundposition bei der Versorgung mit Diabetes adaptierter Fußbettung	Stück	00	- 47,00 €	1/2	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Wird ein Hilfsmittel in Verbindung mit einem Gebrauchsgegenstand verwendet, ersetzt es diesen (z.B. Orthopädische Schuhe) oder ist in ihm ein solcher enthalten, beschränkt sich die Leistungspflicht der BKK auf das eigentliche Hilfsmittel. Den auf den Gebrauchsgegenstand entfallenden Kostenanteil des Gegenstandes hat der Versicherte selber zu tragen. Bei solchen Produkten wird ein Eigenanteil für den Gebrauchsgegenstandsanteil beim Versicherten erhoben. Der GKV-Spitzenverbände hat eine Empfehlung zur Höhe der Beiträge abgegeben.

Eigenanteile für konfektionierte Schutzschuhe für Diabetiker

Schutzschuhe für Diabetiker (Straßenschuhe)	76,00 Euro für Erwachsene / Paar 45,00 Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar
Schutzschuhe für Diabetiker (Hausschuhe)	40,00 Euro für Erwachsene / Paar 20,00 Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres / Paar

bei einseitiger Versorgung 50 % der angegebenen Summe

Anlage 2h

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädieschuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vergütung für Arbeitszeiten / Hausbesuch

Positionsnummer	Bezeichnung	Einheit	Verw.-Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflicht
	Arbeitszeiten / Hausbesuch					
08.00.99.9991	Arbeitsminute mit vollem MWST-Satz	Min		0,90 €	1	
08.00.99.9992	Arbeitsminute mit reduziertem MWST-Satz	Min	analog der Grundposition	0,90 €	2	analog der Grundposition
31.99.99.0002	Arbeitsminute mit vollem MWST-Satz	Min		0,90 €	1	
31.99.99.0003	Arbeitsminute mit reduziertem MWST-Satz	Min		0,90 €	2	
31.99.99.0004	Hausbesuch (wenn ärztlich verordnet)			30,00	1	
31.99.99.0999	Sonderarbeiten nach Kostenvoranschlag			KVA	1 / 2	X
31.00.99.9993	Abschlag bei zulässiger Depotversorgung (vgl. Anlage 1) mit Schuhen	Stück	00	- 20 %	1/2	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

KVA = Kostenvoranschlag

Hinweise zur Abrechnung über Datenträger (DTA):

Für die Abrechnung über § 302 SGB V (DTA) sind die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die zugehörigen Technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

Besonders hervorzuheben sind hier folgende Punkte:

1. Die Abrechnung ist monatlich zu erstellen. Es sind die 10-stelligen Hilfsmittelnummern des jeweiligen Einzelproduktes zu verwenden.
2. Die Positionen dieses Vertrages sind abhängig von der Art der Versorgung mit dem Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK) **16 02 731** anzuliefern.
3. Auf den Urbelegen (z. B. Verordnung) sind die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist nicht zugelassen.

Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer (z. Zt. 7 % oder 19%).

Es besteht Einigkeit darüber, dass bei Krankenhausentlassungsversorgungen die Versorgung der Versicherten auch mit einer nach dem Versorgungsbeginn ausgestellten Verordnung begonnen werden kann. Die Vergütung beginnt in diesen Fällen frühestens mit dem Tag der Entlassung.

Kündigung

Diese Vergütungsvereinbarung kann unabhängig vom Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2015, schriftlich gekündigt werden.

Anlage 3

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“, 08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-schuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Vordruck Muster 16

Vorderseite

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Mfz. 07 0	Kopf 08 8	Sp-Bl 00 0	Eger 00 0	Abgabemerkmal / Nr.
Name, Vorname des Versicherten		Abgabemerkmal / Nr.				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status				
Betriebsstellen-Nr.	Anz-Nr.	Datum				
Ffp. (Bis Leerdamm durchstreichen)			Vertragszeitstempel			
Abgabemerkmal / Nr.	Faktor	Preis				
1. Wareneing.	▲	▲				
2. Wareneing.	▲	▲				
3. Wareneing.	▲	▲				
Bei Arbeitsunfall auszuschließen			Unterschrift des Arztes Muster 16 (7/2008)			
Verfälscht	Unterschrift oder Arbeitsstellennummer					

Rückseite

	Empfangsbestätigung für Hilfsmittel	Vermerte der Krankenkasse
Nr.	Datum	Unterschrift des Empfängers
1		
2		
3		
Stempel der Apotheke / des Lieferanten		

Wird das Arzneimittel innerhalb der Zeiten gemäß § 9 Arzneimittelpreisverordnung (Arzneimittel) abgeholet, so hat der Patient eine Gebühr (2,00 Euro) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk (rechtlich) anbringt.

Anlage 4

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“,
08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-
schuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Patientenerklärung

• Orthopädische Schuhzurichtungen

• Einlagen

Anlage zur Verordnung vom: _____

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

Verordner: _____

Die Abgabe von Einlagen / orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh ist begrenzt.

Orthopädische Schuhzurichtungen

- bei Erstversorgung bis zu drei Paar
- bei Folgeversorgung ein Paar pro Kalenderhalbjahr

Einlagen

- bei Erstversorgung bis zu zwei Paar *)
- bei Folgeversorgung bis zu zwei Paar pro Kalenderjahr 1)

Ich erkläre hiermit, dass ich bisher:

- grundsätzlich noch keine Einlagen bzw. orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe (Erstversorgung)
- als Erstversorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe (Begründung für 2. Paar siehe ärztliche Verordnung)
- als Erstversorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- als Erstversorgung erst 2 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- als Folgeversorgung noch keine Einlagen bzw. orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- als Folgeversorgung erst 1 Paar Einlagen in diesem Kalenderjahr erhalten habe (Begründung für 2. Paar – siehe ärztliche Verordnung)
- als Folgeversorgung noch keine orthopädische Schuhzurichtung in diesem Kalenderhalbjahr erhalten habe.

Sollte die Rechnungsprüfung der BKK andere Angaben ergeben, besteht kein Anspruch und ich verpflichte mich, die Kosten selbst zu tragen.

Datum/Unterschrift Versicherter

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

*) für das 2. Paar Einlagen ärztliche Begründung erforderlich

Anlage 5
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02 „Adaptionshilfen“,
08 „Einlagen“, 10 „Gehhilfen“ und 31 „Schuhe“ durch Meisterbetriebe des Orthopädie-
schuhmacherhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Leistungserbringergruppenschlüssel 16 02 731

Beitrittserklärung

(Name des Leistungserbringers)

(Straße)

(Postleitzahl und Ort)

(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir ab _____ meinen/unseren Beitritt zum zwischen der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik und dem BKK Landesverband Bayern zum 01.07.2013 abgeschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 02, 08, 10 und 31 durch Meisterbetriebe des Orthopädienschuhmacherhandwerks. Ich/wir versorge/n im Bereich:

- Adaptionshilfen (Versorgungsbereiche 31A, 31B, 31C oder 31D)
- Einlagen (Versorgungsbereiche 08A und 08B)
- Gehhilfen (Versorgungsbereiche 31A, 31B, 31C oder 31D)
- Orthopädische Maßschuhe (Versorgungsbereich 31A)
- konfektionierte Therapieschuhe (Versorgungsbereich 31C)
- Orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh (Versorgungsbereich 31B)
- Diabetesversorgungen (Versorgungsbereich 31D)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift