

**Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V**

zwischen

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Carl-Wery-Str. 28
81739 München
vertreten durch die
Vorstandsvorsitzende
Dr. Irmgard Stippler

und

Bayerischer Apothekerverband e.V.
Maria-Theresia-Straße 28
81675 München

**über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur
Kompressionstherapie**

AC/TK 11 02 817

in der Fassung vom 01.03.2020

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen.....	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Ärztliche Verordnung.....	5
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag	7
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität	8
§ 8 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz.....	9
§ 9 Vergütung / Abrechnung	10
§ 10 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen	12
§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten	13
§ 12 Werbung	14
§ 13 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen	14
§ 14 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages	15
§ 15 Schlussbestimmung	16
Anlage 1	17
Qualitäts- und Dienstleistungsstandards.....	17
Anlage 2	19
Preisvereinbarung	19
Anlage 2a	20
VB 02A / 17A4 - Vergütung für Anziehhilfen	20
Anlage 2b	21
VB 17A / 17A4 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe	21
Anlage 2c.....	26
VB 17B / 17B8 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe	26
Anlage 3	27
Mehrkostenerklärung des Versicherten	27
Anlage 4	28
Werbung.....	28
Anlage 5	29
Beitrittserklärung	29

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in den Anlagen 2a bis 2c benannten Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.
2. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

Anlage 1	Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 2a	-Vergütung für Anziehhilfen (VB 02A / 17A4)
Anlage 2b	-Vergütung für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe (VB 17A / 17A4)
Anlage 2c	-Vergütung für rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe (VB 17B / 17B8)
Anlage 3	Mehrkostenerklärung
Anlage 4	Werbung
Anlage 5	Beitrittserklärung

§ 2 Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für
 - a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern),
 - b) den Bayerischer Apothekerverband e.V. (nachfolgend Apotheke)
 - c) präqualifizierte Apotheker (nachfolgend Apotheke), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5),
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in den Anlagen 2a bis 2c aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Die Apotheke erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in den Anlagen 2a bis 2c des Vertrages aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, das der AOK Bayern unverzüglich vorgelegt wird.
2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Apotheke, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.
3. Die Apotheke weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V entfaltet keine rechtli-

che Wirkung.

4. Die Apotheke erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 3 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.
5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt die Apotheke der AOK Bayern unverzüglich mit.
6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Die Apotheke übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Dies umfasst die ordnungsgemäße Einweisung (§ 4 Abs. 3 MPBetreibV). Die dafür erforderlichen Aufwendungen der Apotheke sind mit der in den Anlagen 2a bis 2c vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Die Apotheke versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Sie gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.
2. Die Apotheke hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Die Apotheke 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 (ab 26.05.20 ausschließlich Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.
4. Die Apotheke verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die einschlägigen medizinproduktrechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen, sowie das Arbeitsschutzgesetz und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein geeignetes Qualitätsmanagement-System, soweit zutreffend unter Beachtung der Anforderungen der Medical Device Regulation (MDR). Ist das Qualitätsmanagement-System entsprechend der Apothekenbetriebsordnung (§ 2a ApBetrO), durch eine von der nationalen Akkreditierungsstelle (Verordnung (EG) Nr. 765/2008) akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft oder einer benannten Stelle nach der MDR geprüft und abgenommen, gilt dieses als geeignet. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in der/n Anlage/n Benennung der Anlage aus der Preisvereinbarung vereinbarten Vergütungen abgegolten.

5. Die AOK Bayern kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Bewilligung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Fordert der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Apotheken an, so ist die Apotheke verpflichtet, die ihr vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Apotheke stellt dafür die seitens des MDK für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung. Über Erhebungsbögen, Maßblätter und Fotos hinausgehende Dokumentationen werden gesondert nach Aufwand zu vergütet.
6. Die Apotheke behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Die Apotheke darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses der Apotheke, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse.

§ 5 Ärztliche Verordnung

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
3. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche Verordnung, wenn sie neben dem Hilfsmittel und der Verordnungsmenge folgende Angaben enthält:
 - a. Bezeichnung der Krankenkasse,
 - 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 Ordnungsblattes, 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

4. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert die AOK Bayern für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.
5. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung von der Apotheke angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
6. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt bei der Abgabe erkennbar war.
7. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).
8. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 7 von der Apotheke gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.
 - a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann von der Apotheke ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.
 - b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann von der Apotheke anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer ergänzt werden
 - c) Zu den Buchstaben f) und g) gilt: Eine fehlende Angabe der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld muss von der Apotheke mit der BSNR bzw. NBSNR aus der Codierzeile ergänzt werden. Eine fehlende Angabe der LANR im Versichertenfeld muss von der Apotheke aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt werden; das Ergebnis der Rücksprache ist auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen. Die Apotheke haftet nicht für die Richtigkeit der LANR. Kann die LANR von der Apotheke auch durch Nachfrage beim Arzt nicht ermittelt werden, kann die Aufbringung der LANR entfallen; die Apotheke hat dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen. Einer LANR bedarf es nicht bei Krankenhausverordnungen.
 - d) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt 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 von der Apotheke nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; die Apotheke hat in diesem Fall unter Angabe des Namenszeichens des Ändernden das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
9. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt der Apotheke. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann die Apotheke in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist die Apotheke berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.

10. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten von der Apotheke mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.
2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK Bayern auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in den Anlagen 2a bis 2c vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlagen 2a bis 2c von der AOK Bayern widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK Bayern kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einer einzelnen Apotheke mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerung oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.
3. Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind ungeachtet der Anlagen 2a bis 2c immer genehmigungspflichtig und mittels Kostenvoranschlag zu beantragen.
4. Ist gemäß den vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht die Apotheke einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden. Bei Folgeversorgungen ist dabei das Grundhilfsmittel mit dem Verwendungskennzeichen 10 anzuliefern.
5. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten der Apotheke, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versicherungsnummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus den Anlagen 2a bis 2c angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.
6. Anfragen der AOK Bayern beantwortet die Apotheke zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität

1. Die Apotheke berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten. Hierdurch wird das Maß des Notwendigen unter Beachtung der ärztlichen Verordnung festgelegt, mithin die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse produktspezifisch konkretisiert.
2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 5 Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Auf Wunsch des Versicherten können auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (§ 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V), kann die Apotheke dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten und die Aufzahlungshöhe sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die von der Apotheke genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt die Apotheke gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung.
4. Die Apotheke ermittelt die für die Versorgung notwendigen Patientenparameter. Sofern eine Genehmigung durch die AOK Bayern erforderlich ist, reicht er einen Kostenvoranschlag gemäß § 6 ein.
5. Die Abgabe des Hilfsmittels erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der AOK Bayern. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, erfolgt die Abgabe bei maßgefertigten Hilfsmitteln an den Versicherten innerhalb von 4 Wochen nach Übergabe der Verordnung bzw. Eingang der Genehmigung der Krankenkasse. Dies gilt nicht, wenn die Abgabe des Hilfsmittels aus nicht von der Apotheke zu vertretenden Gründen erst später möglich ist. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, können mit dem Versicherten einvernehmlich längere Lieferfristen vereinbart werden.
6. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 5 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch die Apotheke sowie Gebühren für Porto oder Fracht.
7. Die Apotheke leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert sie mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Sie überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet auf den Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.
8. Soweit es im Notfall erforderlich und zulässig ist, darf die Versorgung und Abgabe der Hilfsmittel aus Depots im Krankenhaus oder beim Arzt durch das geeignete Personal der Apotheke oder durch geschultes Personal des Krankenhauses oder Arztes erfolgen. Die Einzelheiten sind in § 11 geregelt.

9. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko der Apotheke.
10. Die Apotheke setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.
11. Die Apotheke setzt - soweit möglich - herstellernerneutral 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.
12. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).
13. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist die Apotheke verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Das zuständige Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern erhält von der Apotheke einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

§ 8 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz

1. Die Apotheke haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Garantien, die der Hersteller der Apotheke über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die AOK Bayern.
3. Kommt die Apotheke ihrer Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle der Apotheke die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat die Apotheke die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
4. Die Apotheke 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.
5. Die Apotheke hat die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß der Apotheke entstehen.
6. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt die Apotheke eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.
7. Die Apotheke verpflichtet sich, der AOK Bayern die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Bayern auch hierüber unverzüglich zu informieren.

§ 9 Vergütung / Abrechnung

1. Die Apotheke hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn sie 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 oder mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m² bis maximal 100 g/m²) zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen.
2. Die Vergütung ist in den Anlagen 2a bis 2c geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch die Apotheke von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.
4. Mit der Vergütung nach den Anlagen 2a bis 2c sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehalten § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Die Vergütung der Apotheke vermindert sich bei zulässigen Abgaben von Hilfsmitteln aus einem Depot gemäß § 11 um die in den Anlagen 2a bis 2c angeführten Abschläge. Es gelten die Bestimmungen des § 128 SGB V.
7. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
8. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungsleistungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
9. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Bei Folgeversorgungsleistungen ist beim Grundhilfsmittel das Verwendungskennzeichen 10 anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tariffkennzeichen **11 02 817**) zwingend erforderlich.
10. Bei genehmigten Hilfsmitteln ist bei der Abrechnung das Genehmigungskennzeichen anzugeben.
11. Die Apotheke ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat die Apotheke schriftlich informiert.

12. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen nach den jeweiligen Positionen den Anlagen 2a bis 2c, den Stempel der Apotheke und ihr Institutionskennzeichen zu enthalten. Zusätzlich sind auf der Verordnung die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Aus allen Urbelegen (z.B. separate Empfangsbestätigung), die zusätzlich zur Abrechnung erforderlich sind, muss die Apotheke eindeutig erkennbar sein. Ist für die Abrechnung keine Verordnung (z.B. bei Reparatur) erforderlich, ist die Rechnungs- und Belegnummer auf einem der ersatzweise einzureichenden Urbelege aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese wichtige Teile der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist in diesen Fällen unzulässig. Sind jedoch abrechnungsrelevante Korrekturen erforderlich, darf dies durch die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten für die Abrechnungsfelder Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nummer, Faktor und Taxe erfolgen. Im Feld Apotheken-Nummer / IK muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.
13. Eine Abrechnung ist nur mit dem von der Apotheke der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht der Apotheke die Daten ihres Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten der Apotheke.
14. Die AOK Bayern 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 AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
15. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber der Apotheke. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.
16. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen 2a bis 2c vereinbarten Preise kann die AOK Bayern der Apotheke die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung der Apotheke vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 14 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 14. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt der Apotheke oder deren Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.

17. Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche der Apotheke ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.
18. Kann ein individuell herzustellendes Hilfsmittel aus Gründen, die der Versicherte zu vertreten hat, nicht fertiggestellt oder abgeholt werden (z. B. 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 AOK Bayern möglich. In diesen Fällen reicht die Apotheke einen Kostenvoranschlag mit detaillierter Kalkulation der bis dahin erbrachten Leistungen zur Genehmigung bzw. Genehmigungskorrektur ein und hält das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die AOK Bayern bereit.

§ 10 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

1. Die Apotheke verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten. Die Apotheke stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von ihr beauftragten Abrechnungsstelle. Die Apotheke stellt sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden.
2. Die Apotheke verpflichtet sich, die ihr im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt.
3. Die Apotheke hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Die Apotheke ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften der EU-DSGVO, der maßgebenden LDSG und des BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat sie die zur Durchführung dieses Vertrages von ihr beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
4. Die Apotheke darf die ihr überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen von der Apotheke 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.
5. Die Apotheke 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).
6. Die Apotheke verpflichtet sich, über alle ihr 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. Sie verpflichtet sich, die ihr übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.

7. Die Apotheke ist verpflichtet, die AOK Bayern unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
8. Die Vertraulichkeitsverpflichtung und die Geheimhaltungspflicht der Apotheke und ihrer Mitarbeiter bestehen auch über das Vertragsende dauerhaft fort.
9. Die Apotheke haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch deren Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.
10. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungsleistungen an die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten der Apotheke benötigt werden, zu vernichten.

§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an die Apotheke) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungsleistungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist unter anderem 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 einer Apotheke in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
 - der Versicherte unmittelbar nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also nicht stationär in einem Krankenhaus verbleibt.
3. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ein Notfall im Sinne des Absatzes 2 bei den von diesem Vertrag umfassten Hilfsmitteln nur vorliegen kann, wenn die Produkte unmittelbar postoperativ benötigt werden und die konkrete Produktauswahl erst nach der ambulanten Operation möglich ist, insbesondere nach einem Venenstripping. Es kommen dabei ausschließlich seriengefertigte Hilfsmittel zur Kompressionstherapie in Betracht.
4. Die Apotheke gewährleistet für die aus dem Depot überlassenen Hilfsmittel die einwandfreie Qualität. Er qualifiziert gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV den Arzt im Umgang mit den Hilfsmitteln, es sei denn, diese Einweisung ist bereits durch den Hersteller oder eine andere dazu befugte Person erfolgt.
5. Apotheken 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.
6. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Apotheken.
7. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteili-

gungen an Apotheken, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen an der Apotheke (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.

8. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Apotheke und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn die Apotheke ihre Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder die Apotheke Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume 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.

§ 12 Werbung

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen. Näheres ist in der Anlage 4 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch die Apotheke, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 13 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Apotheken obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert die Apotheke die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat die Apotheke diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 7 SGB V zu übermitteln.
2. Erfüllt die Apotheke ihre vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt sie in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann sie die AOK Bayern bei Verschulden der Apotheke unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 außerordentlich kündigen.
3. Die AOK Bayern räumt der betroffenen Apotheke vor Maßnahmen nach Absatz 2 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.

4. Als Verstöße im Sinne von Absatz 2 gelten insbesondere:
 - a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
 - c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach § 3
 - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
 - e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
 - f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3,
 - g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 11 Abs. 2),
 - h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 11 Abs. 5 bis 8)
 - i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
 - j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
 - l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
5. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 2 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbeitrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Nettorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich, aus dem die 5 % Vertragsstrafe berechnet wird.
6. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 4 g) oder h) kann die Apotheke zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).
7. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 2 hat die Apotheke der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

§ 14 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 01.03.2020 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt abgegebenen Hilfsmittel. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2022 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in den Anlagen 2a bis 2c vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.
3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretene Apotheke, sofern sie von einer der vertragschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.

4. Eine beigetretene Apotheke kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlagen 2a bis 2c) kann von der AOK Bayern oder dem Bayrischen Apothekerverband mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2021 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 15 Schlussbestimmung

1. Änderungen des Vertrages – einschließlich der Änderung dieser Klausel – bedürfen der Schriftform.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.
3. Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Ort, Datum

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Ort, Datum

Bayerischer Apothekerverband e.V.

Anlage 1
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV
Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards stellen im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der AOK Bayern sicher. Ein Apotheker kann nur dann Vertragspartner der AOK Bayern sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Die Apotheke stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der AOK Bayern betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf Verlangen der AOK Bayern legt die Apotheke entsprechende Nachweise vor.

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

Die Apotheke hat die umgehende Abwicklung von unaufschiebbaren Änderungen und Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen sowie Gewährleistungen sicherzustellen, auch wenn er an weniger als fünf Wochentagen für die Versicherten der AOK Bayern erreichbar ist. Auf Verlangen der AOK Bayern hat die Apotheke den Nachweis der Sicherstellung zu führen. Erfolgt dabei die Sicherstellung durch Unterauftragsverhältnisse, führt der Unterauftragnehmer den Nachweis seiner Eignung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V. Für Instandsetzungen erfüllt der Unterauftragnehmer die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV. Die Apotheke haftet gegenüber der AOK Bayern für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen oder sonstige Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

Die Apotheke informiert den Versicherten - soweit erforderlich - über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen können, werden abgeklärt.

Bei Maßanfertigungen ist der Versicherte darauf hinzuweisen, dass die Passgenauigkeit und der Sitz durch den Apotheker nachzukontrollieren sind. Diese Leistung ist den Versicherten als Qualitäts- und Servicestandard durch den Apotheker zu unterbreiten.

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

Vor der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie ist eine individuelle Messung der zu versorgenden Extremitäten durch den Apotheker durchzuführen. Die Körpermaße sind nach dem jeweils aktuell verbindlichen Maßschema (zur Zeit Güte- und Prüfbestimmung RAL-GZ 387/1 und 387/2 vom Januar 2008) abzunehmen. Sollte nach den Messergebnissen eine Erstversorgung mit einem konfektionierten Produkt nicht möglich und somit eine Maßanfertigung notwendig sein, ist dem Kostenvoranschlag bei jedem Antrag auf eine Maßversorgung eine Kopie des Maßblattes mit dem Datum der Datenerhebung beizufügen. Diese Maßblätter sind, auch bei einem Verzicht auf eine Genehmigung, vom Apotheker unter Berücksichtigung der Aufbewahrungspflichten zu archivieren.

Medizinische Kompressionsstrümpfe müssen passgenau sein. Deshalb ist bei Kompressionsstrümpfen davon auszugehen, dass die anatomischen Verhältnisse berücksichtigt werden.

In medizinisch (durch den Arzt) oder anatomisch (durch den Apotheker mittels Maßblatt) begründeten Einzelfällen kann eine Kombination aus verschiedenen Kompressionshilfen erfolgen. Auch hier kann der Versicherte auf eigenen Wunsch eine geteilte Versorgung erhalten, wenn er den Aufpreis dieser Ausführung übernehmen möchte, falls die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

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, die Pflege soweit sie vom Hersteller vorgesehen ist und die Gebrauchsanweisung. Er ist auf die Verfahrensweisen bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten der Apotheke in schriftlicher Form.

Bei regelmäßigem Tragen und ordnungsgemäßer Pflege halten Kompressionsstrümpfe etwa 6 Monate, bei einer Wechsellösung entsprechend länger. Ist bei einer einfachen Ausstattung eine Folgeversorgung früher als 6 Monate (bei Wechsellösung 12 Monate) nach der letzten Versorgung erforderlich, ist diese mit einem begründeten Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen.

Anti-Thrombosestrümpfe sind keine Hilfsmittel im Sinne der GKV und können nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Ein Anspruch der Versicherten auf Sport- und Freizeitkompressionsstrümpfe besteht nicht. Gleiches gilt für Kompressionsstücke, die gemäß der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Anlage 2
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV
Preisvereinbarung

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in den Anlagen 2a bis 2c genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlagen 2a bis 2c regeln die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.
2. Mit den in den Anlagen 2a bis 2c vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 3 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten. Für Festbeträge gelten die allgemeinen Erläuterungen zum Festbetragsgruppensystem und zu den Festbeträgen des GKV-Spitzenverbandes für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie in der jeweils aktuellen Fassung.
3. Eine ärztliche Verordnung von Leistungen nach diesem Vertrag mit dem Zusatz „Maßversorgung“ oder „nach Maß“ begründet in sich alleine keine Leistungspflicht für maßgefertigte Kompressionsversorgungen durch die AOK Bayern. Grundlage hierzu ist die in diesem Vertrag beschriebene individuelle Messung (Anlage 1) und die hieraus resultierende Versorgung. Maßversorgungen aufgrund dieser individuellen Messung, auch ohne einen entsprechenden Zusatz auf der ärztlichen Verordnung werden nach diesem Vertrag vergütet. Begründen die oben genannten individuellen Messungen die Maßversorgung nicht, ist die AOK Bayern berechtigt, die Differenz zur notwendigen Standardversorgung zurückzufordern. Hierzu führt und archiviert der Apotheker ein entsprechendes Messprotokoll. Dieses muss der AOK Bayern auf Verlangen vorgelegt werden können. Die Archivierungsfrist nach diesem Vertrag endet in 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der AOK Bayern die Leistung bekannt geworden ist (§ 113 SGB X).
4. Bei einer Fortschreibung im Hilfsmittelverzeichnis in der Produktgruppe 17 sind Produkte neuer, in diesem Vertrag noch nicht aufgeführter Produktuntergruppen und/oder –arten mit Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen. Die Vertragspartner bemühen sich zeitnah Preise für neue Produktuntergruppen und/oder –arten zu vereinbaren.
5. Sind für Produktarten keine Vertragspreise vereinbart, wird von der Apotheke zur Angebotsberechnung auf den vom Hersteller ausgewiesenen Einkaufspreis bei rundgestrickter Kompressionsware ein Aufschlag in Höhe von 70 %.
6. Bei der elektronischen Übermittlung von Kostenvoranschlägen ist bei Folgeversorgungen das Grundhilfsmittel mit dem Verwendungskennzeichen 10 anzuliefern.

Anlage 2a
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV

VB 02A / 17A4 - Vergütung für Anziehhilfen

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.-Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
02.40.01.	Anziehhilfen				
02.40.01.3	Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe	00	36,21 €	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 zur Kompressionstherapie mit dem BAV

VB 17A / 17A4 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
17.06.01.	Med. Kompressionswadenstrümpfe, Serienfertigung				
17.06.01.0	Wadenstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.01.1	Wadenstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00		1	
17.06.01.2	Wadenstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00		1	
17.06.01.3	Wadenstrümpfe KKL. IV, Serienfertigung	00		1	
17.06.02.	Med. Kompressions-Halbschenkelstrümpfe, Serienfertigung				
17.06.02.0	Halbschenkelstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.02.1	Halbschenkelstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00		1	
17.06.02.2	Halbschenkelstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00		1	
17.06.02.3	Halbschenkelstrümpfe KKL. IV, Serienfertigung	00		1	

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

17.06.03.	Med. Kompressionsschenkelstrümpfe, Serienfertigung				
17.06.03.0	Schenkelstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.03.1	Schenkelstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00		1	
17.06.03.2	Schenkelstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00		1	
17.06.03.3	Schenkelstrümpfe KKL. IV, Serienfertigung	00		1	
17.06.04.	Med. Kompressionsstrumpfhosen, Serienfertigung				
17.06.04.0	Strumpfhosen KKL. I, Serienfertigung	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.04.1	Strumpfhosen KKL. II, Serienfertigung	00		1	
17.06.04.2	Strumpfhosen KKL. III, Serienfertigung	00		1	
17.06.04.3	Strumpfhosen KKL. IV, Serienfertigung	00		1	
17.06.05.	Med. Kompressionsstumpfstrümpfe				
17.06.05.0	Unterschenkelstumpfstrumpf	00/10	EK + 70 %	1	
17.06.05.0999	Maßanfertigung Stumpfstrumpf	00/10	EK + 70 %	1	
17.06.05.1	Oberschenkelstumpfstrümpfe	00/10	EK + 70 %	1	
17.06.05.1999	Maßanfertigung Stumpfstrumpf	00/10	EK + 70 %	1	
17.06.07.	Befestigungshilfen				
17.06.07.0	Hautkleber	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.07.1	Strumpfhaltersysteme, einseitig	12		1	
17.06.07.2	Strumpfhaltersysteme, doppelseitig	12		1	
17.06.07.3	Leibteile/-gurte	12		1	

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

17.06.10.	Med. Kompressionswadenstrümpfe nach Maß, rundgestrickt				
17.06.10.0	Wadenstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.10.1	Wadenstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.10.2	Wadenstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.10.3	Wadenstrümpfe KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.11.	Med. Kompressions-Halbschenkelstrümpfe nach Maß, rundgestrickt				
17.06.11.0	Halbschenkelstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.11.1	Halbschenkelstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.11.2	Halbschenkelstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.11.3	Halbschenkelstrümpfe KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.12.	Med. Kompressionsschenkelstrümpfe nach Maß, rundgestrickt				
17.06.12.0	Schenkelstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.12.1	Schenkelstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.12.2	Schenkelstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.12.3	Schenkelstrümpfe KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00		1	

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

17.06.13.	Med. Kompressionsstrumpfhosen nach Maß, rundgestrickt				
17.06.13.0	Strumpfhosen KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.13.1	Strumpfhosen KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.13.2	Strumpfhosen KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.06.13.3	Strumpfhosen KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00		1	
17.99.99.0	Abrechnungsposition für Zubehör (Zubehör muss medizinisch begründet sein)				
17.99.99.0002	Kompressionspelotten incl. Tasche	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.99.99.2	Abrechnungspositionen für Zuschläge/Zusätze (Zubehör muss medizinisch begründet sein)				
17.99.99.2003	Komprimierendes Leibteil	12	17,00 €	1	
17.99.99.2006	Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.99.99.2007	Hüftbefestigung für Stumpfstrümpfe	12	keine Berechnung, da in 17.06.05. ent- halten	1	X
17.99.99.2008	Haftrand – ansetzbar bei A – F / A –G. Bei A-D Strümpfen nur wenn cC-Maß kleiner oder gleich cD-Maß; keine explizite ärztl. Verordnung notwendig	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	

Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

17.99.99.2018	Eingriff	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.99.99.2019	Schwangerschaftshosenteil	12	15,72 €	1	
17.99.99.2020	Stomaöffnung	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.00.99.9902	Offenes Leibteil – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20 %	1	
17.00.99.9903	Eingebetter Schlitz – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20 %	1	
17.00.99.9904	Schritt offen – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20 %	1	
17.00.99.9905	Baumwollqualität = Aufschlag in Höhe von 10 % auf die Grundposition des Strumpfes ohne Zusätze	12	+ 10 %	1	
	Depotabschläge				
17.00.99.9993	Abschlag bei zulässiger Depotversorgung mit Kompressionsstrümpfen auf die Festbeträge der Produktuntergruppen 17.06.01. bis 17.06.04.	00	- 20 %	1	
	Arbeitszeiten				
17.00.99.9991	Arbeitszeit pro Minute exkl. 19 % MwSt.	00	0,88 €	1	X
17.00.99.9990	Hausbesuch, wenn ärztlich verordnet und medizinisch notwendig	00	30,00 €	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.

Soweit in der vorgenannten Preisliste „analog 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 zur Kompressionstherapie mit dem BAV
VB 17B / 17B8 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.-Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
17.10.01.	Med. Kompressionsarmstrümpfe, Serienfertigung				
17.10.01.0	Armstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00/10	EK + 20% + 35 Min.	1	Genehmi- gungsfrei bis 70 € netto
17.10.01.1	Armstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00/10			
17.10.01.2	Armstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00/10			
17.10.03.	Med. Kompressionsarmstrümpfe nach Maß, rundgestrickt				
17.10.03.0	Armstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00/10	EK + 20% + 35 Min.	1	Genehmi- gungsfrei bis 90 € netto
17.10.03.1	Armstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00/10			
17.10.03.2	Armstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00/10			
	Arbeitszeiten				
17.00.99.9991	Arbeitszeit pro Minute exkl. 19 % MwSt.	00	0,88 €	1	X
17.00.99.9990	Hausbesuch, wenn ärztlich verordnet und medizinisch notwendig	00	30,00 €	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.

Anlage 3
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV

Mehrkostenerklärung des Versicherten
(mit Dokumentation über die Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V)

Zur Verordnung:

Arzt – Nr.

Verordnung - Datum

Versorgende Apotheke

IK-Nummer

Institut

Firmenstempel

Versicherte/r

Name

Krankenkasse

Anschrift

Versichertennummer

Ich bestätige hiermit, dass mich meine gewählte Apotheke vor der Versorgung mit dem/den verordneten Hilfsmittel/n, mithin vor Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 33 Abs.1 S.1 u. 5 SGB V, umfassend beraten hat.

Die Beratung zeigte mir auf, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen (z.B.: notwendige Anpassungen, Änderungen, Instandsetzungen, Ersatzbeschaffung, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels) in meiner konkreten Situation, insbesondere unter Beachtung meiner individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Ich wurde hierbei über das vorhandene Angebotsspektrum der in Betracht kommenden Produkte / Hilfsmittel informiert, die als Sachleistung ohne Mehrkosten für mich beansprucht werden können.

Im Ergebnis der Beratung habe ich mich bewusst für eine Versorgungsvariante entschieden, welche mit von mir zu tragenden Mehrkosten und gegebenenfalls höheren Folgekosten (z.B. bei Reparaturen und Wartungen) verbunden ist.

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV

Werbung

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung auf bestimmte Produkte.

Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gilt jedoch die Besonderheit, dass der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Versicherte, nur ein begrenztes Verlangen hat, die Leistung preisgünstig zu bekommen, da die Kosten von seiner Krankenkasse übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenkasse. Aus dieser Sicht ist eine Werbemaßnahme dann unzulässig, wenn sie darauf gerichtet ist, Versicherte zur Inanspruchnahme von Vertragsleistungen zu veranlassen, die dem Gesundheitszustand nach nicht notwendig sind.

Die Grenzen zwischen einer zulässigen Information des Versicherten / Kunden und einer unzulässigen Werbemaßnahme sind dabei fließend. Für die Krankenkasse wird die Werbemaßnahme erst dann relevant, wenn sie über das als Information zulässige Maß hinausgeht. Als Beispiel einer unzulässigen Werbemaßnahme sind Anschreiben von Vertragspartnern an ihre „Kunden“ zu nennen, in denen sie darauf hinweisen, dass turnusmäßig ein neuer Leistungsanspruch bestehen würde oder Anzeigen in Print- oder elektronischen Medien, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll.

Auf die Leistungen der Krankenversicherung haben die Versicherten zwar einen Rechtsanspruch, Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aber einzig und allein aus den medizinischen Erfordernissen. Diese sind im ergänzenden Recht genau definiert. Der Arzt trifft die Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Es bleibt mithin kein Raum für eine Information der Versicherten über die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Apotheke.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden sollen, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso die gezielte Beeinflussung des Arztes, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Insbesondere sollte eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners vermieden werden.

Der gezielte Hinweis an Versicherte auf vorgeschriebene sicherheits- und messtechnische Kontrollen sowie vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gelten nicht als unzulässige Werbung.

Anlage 5
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV
Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 11 02 817)

Beitrittserklärung

(Name der Apotheke)

(Straße)

(Postleitzahl und Ort)

(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und dem Bayerischer Apothekerverband e.V. zum 01.03.2020 geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie.

Ich/Wir versorge/n in den folgenden vom Vertrag umfassten Versorgungsbereichen:

- Anziehhilfen – Versorgungsbereich 02A
(für Präqualifizierungen ab dem 01.01.2015 im VB 17A4 integriert)
- rundgestrickte Kompressionsstrümpfe – Versorgungsbereich 17A / 17A4
- rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe – Versorgungsbereich 17B / 17B8

Mit dem Beitritt kommt ein eigenständiges Vertragsverhältnis zustande. Der Vertragsbeitritt wird erst mit Zugang der Beitrittserklärung sowie einer gültigen Präqualifizierung und der Nachweise gemäß § 3 Abs. 4 des Vertrages bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse für die Zukunft wirksam. Geht der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse die Beitrittserklärung vor dem in § 14 Abs. 1 genannten Zeitpunkt des Inkrafttretens zu, beginnt der Vertrag erst zu diesem Zeitpunkt.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen liegt mir/uns vor und ich/wir lasse/n den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich/uns gelten. Als Vertragspartner erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die sich für mich/uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

(Seite 1 von 2)

Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem BAV (AC/TK 11 02 817)

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 13 Abs. 4 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.

(Seite 2 von 2)