

**Vertrag
über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur
Kompressionstherapie – ohne Apparate
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

zwischen der

AOK Sachsen-Anhalt
Lüneburger Str. 4
39106 Magdeburg

- nachfolgend AOK genannt -

und

Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt
Bei Schulds Stift 3
20355 Hamburg

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

**AC/TK:
15 14 267**

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 nach § 33 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 2 SGB V in definierten Teilbereichen.
2. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 nach Abs. 1 dieses Vertrages medizinisch indiziert ist.
3. Die Anlagen 1 - 8 sind Bestandteil des Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag gilt für:

1. Mitglieder der Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt, sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 6) unterzeichnet haben
2. Leistungserbringer, sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 6) unterzeichnet haben

§ 3 Versorgungsberechtigung

1. Der Leistungserbringer muss die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß den gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1 SGB V erfüllen. Der Nachweis erfolgt grundsätzlich in Form der Vorlage einer Präqualifizierungsbestätigung in den festgeschriebenen Versorgungsbereichen.
2. Alternativ zur Vorlage der Präqualifizierungsbestätigung kann die Erfüllung der Voraussetzungen auch durch Vorlage von vollständigen Nachweisen und Eigenerklärungen zu allen im Kriterienkatalog der gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen vom 18.10.2010 aufgeführten Kriterien, an Hand derer eine Prüfung der Erfüllungsvoraussetzungen durch die AOK möglich ist, erfolgen. Die Nachweise und Erklärungen müssen vor Beitrittserklärung zum Vertrag vollständig bei der AOK eingegangen sein.

Übergangsregelung:

Können die vollständigen Präqualifizierungsunterlagen vor Beitrittserklärung zum Vertrag nicht nachgewiesen werden, muss der Leistungserbringer den Nachweis erbringen, dass er ein Präqualifizierungsverfahren beantragt hat. Sollte 3 Monate nach Vertragsbeitritt noch keine Präqualifizierungsbestätigung bei der AOK eingereicht werden, ist dieser Vertrag ohne gesonderte Kündigung gegenstandslos. Eine erneute Lieferberechtigung besteht erst mit erbrachtem Nachweis einer PQ/Eignungsprüfung.

3. Die in der Anlage 2 enthaltenen Eigenerklärungen sind vom Leistungserbringer unterschrieben abzugeben.
4. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen.

Sollte eine Voraussetzung nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren.

§ 4

Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten der AOK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten. Der Leistungserbringer gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, entsprechende Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, darf der Leistungserbringer nicht bewirken, die AOK nicht bewilligen und nicht vergüten.
 2. Der Leistungserbringer behandelt alle Anspruchsberechtigten der AOK nach gleichen Grundsätzen.
 3. Die vertragsgemäße Versorgung mit Hilfsmitteln, die in der Leistungsbeschreibung aufgeführt sind, können nur gegen Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung zu Lasten der AOK im Rahmen dieses Vertrages erfolgen. Das schließt auch Zusätze und Befestigungsmaterialien mit ein. Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe (MTPS) sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
 4. Die vertragsärztliche Verordnung gilt nur für den Anspruchsberechtigten, für den sie ausgestellt ist. Sie ist nicht übertragbar. Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen (z. B. Maßanfertigungen beginnen mit dem Maßblattdatum), verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag im Falle genehmigungsbedürftiger Leistungen innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist ebenfalls als gewahrt.
 5. Die vertragsärztliche Verordnung muss die in der Anlage 5 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V genannten Angaben enthalten:
 - a) Bezeichnung der Krankenkasse
 - b) Kassenummer
 - c) Diagnose
 - d) 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
Länge der Strümpfe (Wadenstrumpf AD, Halbschenkelstrumpf AF, Schenkelstrumpf AG, Kompressionsstrumpfhosen AT), Kompressionsklasse (1-4)
 - e) Menge (1 Paar oder 1 Stück)
 - f) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Anspruchsberechtigten
 - g) Versichertennummer
 - h) Lebenslange Arztnummer/Betriebsstättennummer
 - i) Ausstellungsdatum
 - j) Status des Anspruchsberechtigten
 - k) Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7 und 9 des Ordnungsblattes, soweit zutreffend
 - l) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
 - m) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
 - n) Unterschrift des Vertragsarztes
 - o) Vertragsarztstempel.
-

6. Grundsätzlich behält sich die AOK eine Änderung zur Genehmigungsverpflichtung vor. Näheres regelt die Leistungsbeschreibung (Anlage 1).
7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten die Angaben auf der Anlage 4 - Erklärung zur Mehrfachversorgung bestätigen zu lassen.
8. Bestätigt der Anspruchsberechtigte bereits den Erhalt von zwei Kompressionsversorgungen in den letzten zwölf Monaten, muss die medizinisch notwendige dritte Versorgung zur Genehmigung bei der AOK eingereicht werden.
9. Die Übersendung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen hat grundsätzlich auf elektronischem Wege zu erfolgen. Die Teilnahme am Verfahren des elektronischen Kostenvoranschlages ist für die AOK kostenlos. Kosten, die ggf. durch den Anbieter der Branchensoftware des Leistungserbringers bzw. durch einen Dienstleister entstehen, gehen nicht zu Lasten der AOK.

Zur Genehmigung sind folgende Daten per Datenanhang mit dem elektronischen Kostenvoranschlag einzureichen:

- vertragsärztliche Verordnung
- Maßblatt
- Erklärung zur Mehrfachversorgung (Anlage 4)

Die Leistungsentscheidung gegenüber dem Leistungserbringer erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege.

10. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und der Krankheit bzw. Behinderung des Anspruchsberechtigten voll gerecht werden. Die Hilfsmittel müssen grundsätzlich im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgeführt sein.
11. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Versorgung mit Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 S. 2 Pkt. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
12. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung dafür, dass die von ihm erbrachten Leistungen frei von sachlichen und rechtlichen Mängeln sind. Für die gelieferten Hilfsmittel gelten die Gewährleistungspflichten gemäß BGB. Die Gewährleistungsrechte dürfen von den Anspruchsberechtigten gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht werden.
13. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach § 33 Abs. 6 SGB V die Zuzahlung zur Versorgung vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren.
14. Der Leistungserbringer hat vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme der unter Punkt 15 genannten Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach Punkt 13 keine Zahlungen zu fordern.
15. Wünscht der Anspruchsberechtigte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, hat der Leistungserbringer den Anspruchsberechtigten über die dadurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld zu informieren und diese mit dem Anspruchsberechtigten abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen.

Dem Anspruchsberechtigten ist der aufzahlungsfreie Kostenanteil der AOK bekannt zu geben. Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift auf der Anlage 5 (Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten). Diese ist der AOK auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen.

16. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Leistungen unter Angabe des Datums auf der Verordnung, bzw. auf dem Lieferschein, bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.

§ 5 Qualitätssicherung

1. Der Leistungserbringer hat die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung gemäß § 126 SGB V sicher zu stellen und die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln einzuhalten und nachzuweisen.
2. Fachliche, sachliche und personelle Änderungen während der Vertragslaufzeit sind der PQ-Stelle beziehungsweise der AOK unverzüglich mitzuteilen.

§ 6 Vergütung und Abrechnung

1. Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in Verbindung mit dem § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen. Näheres regelt die Anlage 7.
2. Die Abrechnung durchgeführter Versorgungsleistungen erfolgt mindestens einmal monatlich. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt.
3. Bei denen in der Anlage 3 aufgeführten Nettostückpreisen, handelt es sich um die derzeit gültigen Festbeträge.
4. Der Leistungserbringer hat folgende Unterlagen bei der Abrechnung einzureichen:
 - a) Originalverordnung (vertragsärztliche Verordnung) mit Empfangsbestätigung oder Lieferschein
 - b) Erklärung des Anspruchsberechtigten zur Mehrfachversorgung (Anlage 4)
5. Die Bezahlung der Rechnungen durch die AOK erfolgt grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der von der AOK benannten Abrechnungsstelle. Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
6. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der AOK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen (Ermächtigungserklärung Anlage 7.2).

Der Leistungserbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Der Leistungserbringer haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.

7. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
8. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 6 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 7 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.
9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die AOK den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.
10. Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die AOK hat der Leistungserbringer die Wiedereinreichung der geänderten und vervollständigten Rechnung innerhalb von 12 Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vorzunehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen können nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.
11. Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum der Leistungserbringung. Der Erstattungsanspruch der AOK verjährt grundsätzlich nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen (wie keine Leistungserbringung) gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.
12. Stellt sich im Rahmen der Rechnungsprüfung heraus, dass die AOK nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen bzw. Überzahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern oder bei der nächsten Zahlung absetzen. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Rückgeforderte Beträge, die nicht verrechnet werden, sind innerhalb von vier Wochen, beginnend mit dem Zugang des Rückforderungsverlangens beim Leistungserbringer, fällig und in diesem Zeitraum vom Leistungserbringer zu begleichen. Im gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Leistungserbringer und der AOK können abweichende Regelungen vereinbart werden.

§ 7 Wettbewerb

1. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der AOK beziehen. Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Anspruchsberechtigten durch Werbemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.

§ 8 Datenschutz

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung des 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 an ihn 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 Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist.
4. Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.
5. Eingereichte Kostenvoranschläge und/oder deren Inhalte dürfen durch die AOK S.-A. nicht an Mitbewerber weitergeleitet werden.

§ 9 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern

1. Der § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.
2. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben.
3. Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch orthopädie-technische Betriebe/Sanititätshäuser/Apotheken im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.
4. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen oder dergestalt, dass die freie Wahl der Anspruchsberechtigten unter den präqualifizierten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.

§ 10 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen

1. Verstößt der Leistungserbringer schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, kann die AOK nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung aussprechen, eine Abmahnung erteilen, bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 3 % des jährlichen Nettoauftragswertes erheben und den Vertrag außerordentlich kündigen.

Für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes kann die AOK den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung für Leistungen nach diesem Vertrag ausschließen.

2. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß liegt insbesondere vor bei:
 - wiederholten schweren Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen bzgl. der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Anspruchsberechtigten zur Folge haben
 - unberechtigter Änderung der vertragsärztlichen Verordnung (Fälschung)
 - Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Versicherte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen
 - wiederholten schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen in § 8
 - vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der AOK.
3. Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V werden angemessen nach Abs. 1 geahndet.
4. Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüber hinausgehenden Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung oder Schadenersatz, bleiben von den Maßnahmen in Absatz 1 unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.

§ 11 Laufzeit und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am 01.05.2012 in Kraft . Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der vertragsärztlichen Verordnung.
2. Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2014 schriftlich gekündigt werden.
3. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages und können gesondert mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2014 gekündigt werden. Die Vertragspartner stellen sicher, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
4. Den Vertragsparteien steht das Recht der außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei Wegfall der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen oder bei schwerwiegenden Verletzungen dieses Vertrages zu.
5. Sollten abweichende Festbeträge gemäß § 36 in Verbindung mit § 33 Abs. 7 SGB V als die gültigen festgesetzt werden, gelten die neuen Festbeträge ab dem Änderungsdatum.

§ 12 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nachträglich werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

§ 13 Schlussbestimmungen

1. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein. Für Folgevereinbarungen sind die Bestimmungen des § 71 SGB V zu beachten.
2. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den vertraglichen Regelungen gelten nur, wenn die AOK sie schriftlich bestätigt hat. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.

Ort, Datum

Ort, Datum

AOK Sachsen-Anhalt

Landesinnung für Orthopädietechnik
Sachsen-Anhalt

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Präqualifizierungsbestätigung / Prüfung der Eignungsvoraussetzungen / Versorgungsbereiche / Eigenerklärungen
Anlage 3	Preisliste
Anlage 4	Erklärung des Anspruchsberechtigten zur Mehrfachversorgung
Anlage 5	Eigenerklärung/Beratung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten
Anlage 6	Beitrittserklärung
Anlage 7	Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V 7.1. Grundsätze 7.2. Ermächtigungserklärung
Anlage 8	Protokollnotiz

Anlage 1 - Leistungsbeschreibung

Leistungsbeschreibung		
Kompressionsstrümpfe, Serienfertigung		
<i>GPos</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Art der Fertigung</i>
1706010	Wadenstrümpfe KKL I	Serienfertigung
1706011	Wadenstrümpfe KKL II	Serienfertigung
1706012	Wadenstrümpfe KKL III	Serienfertigung
1706013	Wadenstrümpfe KKL IV	Serienfertigung
1706020	Halbschenkelstrümpfe KKL I	Serienfertigung
1706021	Halbschenkelstrümpfe KKL II	Serienfertigung
1706022	Halbschenkelstrümpfe KKL III	Serienfertigung
1706023	Halbschenkelstrümpfe KKL IV	Serienfertigung
1706030	Schenkelstrümpfe KKL I	Serienfertigung
1706031	Schenkelstrümpfe KKL II	Serienfertigung
1706032	Schenkelstrümpfe KKL III	Serienfertigung
1706033	Schenkelstrümpfe KKL IV	Serienfertigung
Kompressionsstrumpfhosen, Serienfertigung		
<i>GPos</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Art der Fertigung</i>
1706040	Strumpfhosen KKL I	Serienfertigung
1706041	Strumpfhosen KKL II	Serienfertigung
1706042	Strumpfhosen KKL III	Serienfertigung
1706043	Strumpfhosen KKL IV	Serienfertigung
Zubehör		
<i>GPos</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Art der Fertigung</i>
1706070	Hautkleber	
1706071	Strumpfhaltersysteme	einseitig
1706072	Strumpfhaltersysteme	doppelseitig
1706073	Leibteile/-gurte	
Kompressionsstrümpfe, nach Maß		
<i>GPos</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Art der Fertigung</i>
1706100	Wadenstrümpfe KKL I	nach Maß, rundgestrickt
1706101	Wadenstrümpfe KKL II	nach Maß, rundgestrickt
1706102	Wadenstrümpfe KKL III	nach Maß, rundgestrickt
1706103	Wadenstrümpfe KKL IV	nach Maß, rundgestrickt
1706110	Halbschenkelstrümpfe KKL I	nach Maß, rundgestrickt
1706111	Halbschenkelstrümpfe KKL II	nach Maß, rundgestrickt
1706112	Halbschenkelstrümpfe KKL III	nach Maß, rundgestrickt
1706113	Halbschenkelstrümpfe KKL IV	nach Maß, rundgestrickt
1706120	Schenkelstrümpfe KKL I	nach Maß, rundgestrickt
1706121	Schenkelstrümpfe KKL II	nach Maß, rundgestrickt
1706122	Schenkelstrümpfe KKL III	nach Maß, rundgestrickt
1706123	Schenkelstrümpfe KKL IV	nach Maß, rundgestrickt
Kompressionsstrumpfhosen, nach Maß		
<i>GPos</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Art der Fertigung</i>
1706130	Strumpfhosen KKL I	nach Maß, rundgestrickt
1706131	Strumpfhosen KKL II	nach Maß, rundgestrickt
1706132	Strumpfhosen KKL III	nach Maß, rundgestrickt
1706133	Strumpfhosen KKL IV	nach Maß, rundgestrickt

Leistungsbeschreibung		
Zubehör		
<i>GPos</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Art der Fertigung</i>
1799990002	Kompressionspelotten inkl. Tasche	
1799992006	Hüftbefestigung für A-F und A-G	
1799992008	Hafrand	
1799992018	Eingriff für Leibteil	
1799992020	Stomaöffnung im Leibteil	

Hinsichtlich der Produkt- und Qualitätsanforderungen gelten die jeweiligen Regelungen des Hilfsmittelverzeichnisses.

Der Leistungserbringer gibt grundsätzlich Hilfsmittel an die Anspruchsberechtigten ab, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet sind. Dabei obliegt die Auswahl zur wirtschaftlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten innerhalb einer Produktart grundsätzlich dem Leistungserbringer.

zu Anlage 1 - Leistungsbeschreibung

Erläuterungen zur Abgabe der Kompressionsversorgung nach Serie und Maß

1. Kompressionsversorgung - Serienfertigung

Kompressionsversorgung – Serienfertigung werden von der Industrie in bestimmten Maßgrenzen z. B. S, L oder M vorproduziert und sind in der Regel beim Leistungserbringer in allen Größen vorrätig.

Bei der Verordnung und Abgabe von Hilfsmitteln sind die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten.

2. Kompressionsversorgung nach Maß rundgestrickt

Kompressionsversorgung nach Maß rundgestrickt sind notwendig, wenn sich nach Messung herausstellt, dass die Versorgung nicht mit Serienanfertigung versorgt werden kann.

Eine Maßversorgung ist dann erforderlich, wenn Serienstrümpfe aufgrund Maßabweichungen an einem Messpunkt nicht verwendet werden können. Diese Angaben sind auf dem Maßblatt zu dokumentieren. Die Versorgung beginnt mit dem Datum auf dem Maßblatt.

3. Flachgestrickte Kompressionsversorgungen

Individuell hergestellte flachgestrickte Kompressionsversorgungen sind nicht Vertragsgegenstand. Diese Versorgungsfälle werden nach § 127 Abs. 3 SGB V geregelt.

Genehmigungsverfahren

1. Grundsätzlich können Kompressionsversorgungen, für die ein Festbetrag gemäß Anlage 3 gilt, direkt zur Abrechnung gebracht werden.
2. Genehmigungspflichtig sind Kompressionsversorgungen gemäß Anlage 3, wenn diese einen Bruttostückpreis von 145 Euro überschreiten.
3. Eine Genehmigungspflicht besteht generell, wenn aus der Anlage 4 der Erhalt von bereits zwei Kompressionsversorgungen innerhalb von 12 Monaten ersichtlich ist.
4. Die Mindesthaltbarkeit der Kompressionsversorgung beträgt bei regelmäßigem Gebrauch sechs Monate. Die Frist beginnt mit dem Datum des Hilfsmittelerhalts.
5. Alle in diesem Vertrag nicht geregelten notwendigen Leistungen zur Produktgruppe 17 sind genehmigungspflichtig ab 0,01 Euro.
6. Medizinisch notwendige Hausbesuche, die ärztlich verordnet wurden, sind genehmigungspflichtig und können je Versorgungsfall einmal abgerechnet werden.

Voraussetzungen zur Leistungsabgabe

- Die Versorgung mit dem Hilfsmittel erfolgt grundsätzlich in einer Betriebsstätte des Leistungserbringers, ggf. als Serviceleistung im häuslichen Bereich.

- Der Leistungserbringer hat folgende Leistungen sicherzustellen: Die Bereitstellung/Lieferung der Hilfsmittel, persönliche Einweisung der Anspruchsberechtigten und/oder dessen Pflegeperson in den sachgerechten Gebrauch sowie zur Pflege der Hilfsmittel.

Anlage 2 - Präqualifizierungsbestätigung / Prüfung der Eignungsvoraussetzungen / Versorgungsbereiche / Eigenerklärungen

1. Präqualifizierungsbestätigung / Prüfung der Eignungsvoraussetzungen

Die Erfüllung der Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß der Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1 SGB V ist mittels Präqualifizierungsbestätigung oder in Form der Vorlage der vollständigen Nachweise und Erklärungen durch den Leistungserbringer bei der AOK nachzuweisen.

Die Präqualifizierungsbestätigung oder die Nachweise/Erklärungen zur Prüfung der Voraussetzungen müssen sich auf die geforderte Filiale des Leistungserbringers beziehen. Die vorzuhaltende Filiale muss zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns für die Anspruchsberechtigten der AOK zugänglich sein.

Die Präqualifizierungsbestätigung oder die Nachweise/Erklärungen zur Prüfung der Voraussetzungen sind der AOK vor Beitrittserklärung zum Vertrag beizufügen.

Die Präqualifizierung muss sich auf den Versorgungsbereich 17A beziehen.

Quelle:

Übergangsregelung zur Vereinbarung gemäß §126 SGBV Absatz 1a zur Präqualifizierung von Leistungserbringern vom 29.03.2010 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene zu § 2 Abs. 12

Solange der Ergebnisse der Präqualifizierung noch in ein Verzeichnis eingestellt und den Krankenkassen noch nicht zur Verfügung gestellt werden, sind die Leistungserbringer verpflichtet, der AOK die gültige Präqualifizierungsbescheinigung vorzulegen.

Die Präqualifizierungsbestätigung oder die Nachweise/Erklärungen sind an folgende Anschrift zu senden:

AOK Sachsen-Anhalt
z. Hd. Frau Sandy Rodenstein/Frau Alrun Haupt
Postvertellernummer 16.30.11
39084 Magdeburg

zu Anlage 2 - Präqualifizierungsbestätigung / Prüfung der Eignungsvoraussetzungen / Versorgungsbereiche / Eigenerklärungen

Versorgungsbereiche	17A
Versorgungsteilbereiche: (Produktgruppe/-untergruppe/-art des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V bzw. des Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI)	17.06.01-05 17.06.07-20
Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Medizinische Kompressionsstrümpfe
Anforderungen an den fachlichen Leiter/die verantwortliche Person	OTM, IOTR, OT, OTSM, OTS, FS, APO, GKA, GQ
Orthopädietechnikermeister/in OTM	x
Dipl.-Ing./-in für Orthopädie- und Rehathechnik IOTR	x
Orthopädietechniker/-in OT	x
Dipl.-Ing./-in der Fachrichtung Medizintechnik IMED	
Orthopädieschuhmachermeister/-in OTSM	x
Orthopädieschuhmacher/-in OTS	x
Fachverkäufer/-in Sanitätsfachhandel FS	x
Apotheker/-in APO	x
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in Altenpfleger/-in GKA	x
Rehabilitationslehrer/-in für Blinde und Sehbehinderte RBS	
Techniker/-in Fachrichtung Medizintechnik TMED	
Zertifizierte Epithetiker/-in ZE	
Hebammen/Entbindungspfleger HEB	
Hörgeräteakustikermeister/-in HAM	
Augenoptikermeister/-in AOM	
Ocularist/in OC	
Kunstaugenhersteller/-in KAH	
Friseurmeister/in FM	
Friseur/in F	
Gleichwertige Qualifikation GQ	x
Allgemein: Allgemeine Anforderungen an das Unternehmen und die Betriebsstätte(n).	
Die berufsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt	x

Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie – ohne Apparate) vom 01.05.2012

Versorgungsbereiche	17A
Insolvenzfreiheit	x
Zahlung der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge	x
Erfüllung der gewerberechtlichen Voraussetzungen	x
Beachtung des Datenschutzes	x
Die Voraussetzungen nach § 128 SGB V werden eingehalten	x
Angabe des Institutionskennzeichens (IK)	x
Organisatorisch: Organisatorische Voraussetzungen	
Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. telefonischer Erreichbarkeit von qualifiziertem Personal (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	
Med.-tech. Notdienst mit täglich 24 Std. persönlicher Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	
Sicherstellung der zeitnahen Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden)	x
Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen	
Für wieder einsetzbare Produkte Sicherstellung einer fachgerechten und produktgeeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmöglichkeit sowie Wiederaufarbeitung	
Vorhaltung von Vorführ- und ggf. Testmustern (konfektionierte Produkte)	X
Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden]	
Transportables, ausreichendes Produktsortiment für die Auswahl des geeigneten und wirtschaftlichen Produktes im Rahmen der Vor-Ort-Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen) [Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden]	
Sicherstellung der Beratung und Einweisung im allgemeinen Lebensbereich der Versicherten (Details können versorgungs- und auftragsbezogen in den Verträgen geregelt werden; gilt nicht für Hausbesuchsregelungen)	
Räumlich: Räumliche Voraussetzungen	
Verkaufs-/Empfangsbereich	x

Versorgungsbereiche	17A
Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Liege	X
Akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit	
Laufgang/Ganganalysebereich, optisch und akustisch abgegrenzt	
Behindertengerechter Zugang: Türen müssen eine lichte Breite von mindestens 90 cm haben. Untere Türanschlüsse und -schwelle sind grundsätzlich zu vermeiden. Soweit sie unbedingt erforderlich sind, müssen geeignete Rampen zur Verfügung stehen. Der Türdrücker sollte in 85 cm Höhe angebracht sein. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)	
Behindertengerechte Toilette: Die Tür darf nicht in den Sanitärraum schlagen. Die Tür des Sanitärraums muss abschließbar und im Notfall von außen zu entriegeln sein. Die Bewegungsfläche für Rollstuhlnutzer muss mindestens 120 cm breit und 120 cm tief sein. Unter dem Waschtisch muss Beinfreiraum vorhanden sein. Die Sitzhöhe des Klosettbeckens - einschließlich Sitz - muss 48 cm betragen. Im Bedarfsfall muss eine Höhenanpassung vorgenommen werden. Auf jeder Seite des Klosettbeckens sind klappbare, 15 cm über die Vorderkante des Beckens hinausragende Haltegriffe zu montieren, die in der waagerechten und senkrechten Position selbsttätig arretieren. Sie müssen am äußersten vorderen Punkt für eine Druckbelastung von 100 kg geeignet sein. (gilt bei Bezug von neuen Räumlichkeiten)	
Werkstattraum/-platz für Herstellung, Anpassung und Zurüstungen	
Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen	X
Für wieder einsetzbare Produkte räumlich getrennte Lagerfläche für hygienisch bereits aufbereitete und nicht aufbereitete Produkte	
Handwaschbecken zur Nutzung durch den Versicherten	
Sachlich: Ausstattungsvoraussetzungen	
Orthopädie-Rehatechnik	
Schleifmaschine	
Fräse	
Bohrmaschine	
Gipsbecken	
Werkbank mit Werkzeugausstattung	
Sattlernähmaschine/ Reparaturnähmaschine	
Zuschneide- und Arbeitstisch	

Versorgungsbereiche	17A
Tischnähmaschine	
Wärmeofen oder Wärmeplatte, Heißluftgeräte zur thermoplastischen Verarbeitung von Kunststoffen sowie Arbeitsplatz zur Kunststoffverarbeitung	
Gießharz oder Laminat oder Klebstoff Arbeitsplatz	
Tiefziehgerät	
Geeigneter Spiegel	x

zu Anlage 2 - Präqualifizierungsbestätigung / Prüfung der Eignungsvoraussetzungen / Versorgungsbereiche / Eigenerklärungen

2. Eigenerklärungen

Ich/Wir erkläre/n, dass eigene oder freie Mitarbeiter, die zur hilfsmittelbezogenen Versorgung, Beratung und Betreuung eingesetzt werden, die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag erfüllen.

Ich/Wir erkläre/n ferner, dass ich/wir nicht zu solchen Leistungserbringern gehöre/n,

- a) über deren Vermögen das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist,
- b) die sich in Liquidation (Geschäftsauflösung) befinden,
- c) die nachweislich eine schwere Verfehlung begangen haben, die ihre Zuverlässigkeit in Frage stellt,
- d) die ihre Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung nicht ordnungsgemäß erfüllt haben,
- e) die vorsätzlich unzutreffende Erklärungen in Bezug auf ihre Fachkunde, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit abgegeben haben.

Ich/Wir erkläre/n die wahrheitsgemäße Auskunft zu den unter a) bis e) geforderten Informationen.

Ich/Wir bin/sind darüber informiert, dass bei falschen oder unzutreffenden Angaben die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V als nicht erfüllt anzusehen sind und damit die Grundlage nachfolgender Vertragsabschlüsse gemäß § 127 SGB V für die oben aufgeführte Firma entfällt.

Über alle Änderungen, die die vorstehenden Voraussetzungen berühren (insbesondere Verlegung der Betriebsstätte, den Wechsel des fachlichen Leiters), werde/n ich/wir die AOK unverzüglich schriftlich informieren.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel
(Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)

Name in Druckbuchstaben
(Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)

Anlage 3 – Preisliste / DTA-Anlage

AC/TK 15 14 267 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie - ohne Apparate			
Hilfsmittel-positionsnummer	Hilfsmittel	Stückpreis netto in Euro (zuzügl. gesetzl. Umsatzsteuer)	VWKZ Erstversorgung/VWKZ Folgeversorgung/VWKZ Zusätze
17.06.01.0	Wadenstrümpfe KKL I, Serienfertigung	21,84	00/10
17.06.01.1	Wadenstrümpfe KKL II, Serienfertigung	21,91	00/10
17.06.01.2	Wadenstrümpfe KKL III, Serienfertigung	23,05	00/10
17.06.01.3	Wadenstrümpfe KKL IV, Serienfertigung	29,10	00/10
17.06.02.0	Halbschenkelstrümpfe KKL I, Serienfertigung	27,74	00/10
17.06.02.1	Halbschenkelstrümpfe KKL II, Serienfertigung	28,81	00/10
17.06.02.2	Halbschenkelstrümpfe KKL III, Serienfertigung	29,01	00/10
17.06.02.3	Halbschenkelstrümpfe KKL IV, Serienfertigung	37,20	00/10
17.06.03.0	Schenkelstrümpfe KKL I, Serienfertigung	31,70	00/10
17.06.03.1	Schenkelstrümpfe KKL II, Serienfertigung	31,91	00/10
17.06.03.2	Schenkelstrümpfe KKL III, Serienfertigung	31,90	00/10
17.06.03.3	Schenkelstrümpfe KKL IV, Serienfertigung	44,46	00/10
17.06.04.0	Strumpfhosen KKL I, Serienfertigung	70,78	00/10
17.06.04.1	Strumpfhosen KKL II, Serienfertigung	71,69	00/10
17.06.04.2	Strumpfhosen KKL III, Serienfertigung	76,27	00/10
17.06.04.3	Strumpfhosen KKL IV, Serienfertigung	142,65	00/10
17.06.07.0	Hautkleber	6,05	12
17.06.07.1	Strumpfhaltersysteme, einseitig	6,87	12
17.06.07.2	Strumpfhaltersysteme, doppelseitig	13,05	12
17.06.07.3	Leibteile/-gurte	14,03	12
17.06.10.0	Wadenstrümpfe KKL I, nach Maß, rundgestrickt	35,80	00/10
17.06.10.1	Wadenstrümpfe KKL II, nach Maß, rundgestrickt	35,83	00/10
17.06.10.2	Wadenstrümpfe KKL III, nach Maß, rundgestrickt	36,64	00/10
17.06.10.3	Wadenstrümpfe KKL IV, nach Maß, rundgestrickt	44,41	00/10

AC/TK 15 14 267 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie - ohne Apparate			
Hilfsmittel-positionsnummer	Hilfsmittel	Stückpreis netto in Euro (zuzügl. gesetzl. Umsatzsteuer)	VWKZ Erstversorgung/VWKZ Folgeversorgung/VWKZ Zusätze
17.06.11.0	Halbschenkelstrümpfe KKL I, nach Maß, rundgestrickt	45,26	00/10
17.06.11.1	Halbschenkelstrümpfe KKL II, nach Maß, rundgestrickt	45,62	00/10
17.06.11.2	Halbschenkelstrümpfe KKL III, nach Maß, rundgestrickt	47,11	00/10
17.06.11.3	Halbschenkelstrümpfe KKL IV, nach Maß, rundgestrickt	50,70	00/10
17.06.12.0	Schenkelstrümpfe KKL I, nach Maß, rundgestrickt	49,57	00/10
17.06.12.1	Schenkelstrümpfe KKL II, nach Maß, rundgestrickt	50,20	00/10
17.06.12.2	Schenkelstrümpfe KKL III, nach Maß, rundgestrickt	52,62	00/10
17.06.12.3	Schenkelstrümpfe KKL IV, nach Maß, rundgestrickt	60,39	00/10
17.06.13.0	Strumpfhosen KKL I, nach Maß, rundgestrickt	125,92	00/10
17.06.13.1	Strumpfhosen KKL II, nach Maß, rundgestrickt	125,64	00/10
17.06.13.2	Strumpfhosen KKL III, nach Maß, rundgestrickt	132,16	00/10
17.06.13.3	Strumpfhosen KKL IV, nach Maß, rundgestrickt	153,16	00/10
17.99.99.0002	Kompressionspelotten inkl. Tasche	9,56	12
17.99.99.2006	Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe	13,45	12
17.99.99.2008	Hafrand	4,78	12
17.99.99.2018	Eingriff für Leibteil	6,75	12
17.99.99.2020	Stomaöffnung im Leibteil	17,43	12
17.00.99.0001	Hausbesuch*	20,00	00/10
<ul style="list-style-type: none"> • VWKZ 00 = Erstversorgung • VWKZ 10 = Folgeversorgung • VWKZ 12 = Zusätze 			
<p>* Medizinisch notwendige Hausbesuche, die ärztlich verordnet wurden, sind genehmigungspflichtig und können je Versorgungsfall einmal abgerechnet werden.</p>			

Anlage 5 - Eigenerklärung/Beratung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten

Eigenerklärung/Beratung zu Mehrkosten

Name, Vorname:

KV-Nummer:

Verordnungsdatum:

Hilfsmittel:

1. Ich habe mich nach umfassender und unabhängiger Beratung durch meinen Leistungserbringer aus freien Stücken für eine Versorgung entschieden, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.
2. Daher trage ich auch die entsprechenden Mehrkosten in Höhe von € für das von mir gewählte Hilfsmittel. Dies schließt auch mögliche Mehrkosten für Folgeleistungen mit ein.
3. Ich wurde darüber informiert, dass der Leistungserbringer von mir mit Ausnahme der o.g. Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach § 33 Nr. 8 SGB V keine Mehrkosten fordern darf.
4. Ich bin damit einverstanden, dass der Leistungserbringer die AOK über meine geleisteten Mehrkosten informiert (z.B. Kopie dieser Erklärung). Diese Angaben werden von der AOK ausschließlich zur Qualitätsprüfung verarbeitet und genutzt.
5. Ich bin in den ordnungsgemäßen Gebrauch und die Pflege des Hilfsmittels eingewiesen worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten

Anlage 6 - Beitrittserklärung

Beitrittserklärung
(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Leistungserbringer Hauptfiliale (Name, Firmenbezeichnung)

(Institutionskennzeichen der Hauptfiliale: IK)

(Inhaber/Geschäftsführer)

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

E-Mail, Telefonnummer, Faxnummer

Ich/wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln PG 17 vom 01.05.2012 in der jeweils geltenden Fassung an und verpflichte(n) mich/uns die vertraglichen Bedingungen für die aufgeführten Filialen zu erfüllen.

Institutionskennzeichen	Anschrift

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Institutionskennzeichen, die hier nicht aufgeführt sind, können bei Abrechnungen von Kompressionsversorgungen nicht verwendet werden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Geschäftsführers

Anlage 7 - Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V - Datenträgeraustausch

Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V - Datenträgeraustausch (DTA)

7.1 Grundsätze

Für die Abrechnung über DTA gemäß § 302 i.V.m. § 303 SGB V sind die Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die zugehörigen Technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Die Leistungen nach diesem Vertrag sind mit dem Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen **(AC/TK) 15 14 267** anzuliefern.

Bei der Abrechnung ist immer die 10-stellige Hilfsmittelnummer anzugeben, die das jeweilige Einzelprodukt angibt.

Die Abrechnungsunterlagen haben folgende Angaben zu beinhalten:

- Leistungserbringerschlüssel (AC/TK)
- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringer
- Anspruchsberechtigendaten (Name, Geburtsdatum, KV-Nummer)
- Arztnummer des Verordners bzw. IK des Krankenhauses
- Hilfsmittelpositionsnummer
- Betriebsstättennummer
- Verwendungskennzeichen (VWKZ)
- Bruttogesamtpreis
- gesetzliche Zuzahlung des Anspruchsberechtigten
- Abgabedatum und Unterschrift

Die Urbelege sind an folgende Anschrift zu übermitteln:

AOK Sachsen-Anhalt
Postvertellernummer 48.13.3
39084 Magdeburg

Die Datenträger sind an folgende Datenträgerannahmestelle zu übermitteln:

gkv informatik - unternehmen synergien
Fachbereich Inputmanagement
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

7.2 Ermächtigungserklärung zum Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V Datenträgeraustausch (DTA)

1. Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Name und Anschrift des Leistungserbringers	_____ _____
3. Institutionskennzeichen des Abrechnungszentrums (dieses ist beim Abrechnungszentrum zu erfragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Name und Anschrift des Abrechnungszentrums	_____ _____
5. Beginn der Abrechnung (Angabe des Datums aus dem Vertrag)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Ende der Abrechnung (Angabe nur bei Probeabrechnung bzw. befristetem Vertrag notwendig)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Die Abtrittserklärung gilt auch für die Institutionskennzeichen folgender Filialen:
(ggf. gesondertes Blatt beifügen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sollte für die Filialen ein anderes Rechenzentrum als unter Punkt 4 genannt oder ein anderes IK-Kennzeichen des Rechenzentrums (Punkt 3) gelten, füllen Sie bitte eine gesonderte Abtrittserklärung aus.

zu Anlage 7 - Ermächtigungserklärung zum Abrechnungsverfahren

Mit dem aufgeführten Abrechnungszentrum wurde Nachstehendes vereinbart:

1. Schuldbefreiungserklärung

Das benannte Abrechnungszentrum hat vom unterzeichnenden Leistungserbringer den Auftrag erteilt bekommen, alle von der AOK zu zahlenden Beträge für Rechnungen, die dem Abrechnungszentrum eingereicht wurden, für den unterzeichnenden Leistungserbringer einzuziehen. Die Zahlung der AOK an das beauftragte Abrechnungszentrum hat schuldbefreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer.

2. Abtretung

Der Leistungserbringer tritt alle gegenwärtigen und zukünftigen Forderungen gegen die AOK zur Einziehung bis zur Höhe der vertraglich vereinbarten Beträge an das beauftragte Abrechnungszentrum ab. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter dem Vorbehalt einer sachlich und rechnerischen Prüfung auf das in der Rechnung des Abrechnungszentrums angegebene Bankkonto.

3. Auskunftsermächtigung

Die AOK darf dem Abrechnungszentrum im Zusammenhang mit Abgabeberechtigung und Verordnungsabrechnung sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft erteilen. Korrekturen zur Verordnungsabrechnung werden dem Abrechnungszentrum mitgeteilt.

4. Datenschutz

Das Abrechnungszentrum verpflichtet sich, die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten und personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der Weisung des unterzeichnenden Heilmittelerbringer zu verarbeiten.

Dem Leistungserbringer ist Nachfolgendes bekannt:

Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat er die AOK, die die Abgabeberechtigung erteilt hat, unverzüglich schriftlich zu informieren.

Beginn und Ende der Abrechnung und der Name des beauftragten Abrechnungszentrums sind mitzuteilen.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten des der AOK gemeldeten Abrechnungszentrum mehr besteht. Das Abrechnungszentrum ist Erfüllungsgehilfe des zugelassenen Leistungserbringers (§ 278 BGB).

Bestätigung der Angaben

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des
Leistungserbringers

Anlage 8 - Protokollnotiz

Protokollnotiz

Zu § 4 Abs. 5 c und d

Bei fehlender Diagnose, Kompressionsklasse oder Haftrand ist der Leistungserbringer berechtigt, diese nach Arztrücksprache auf der Verordnung aufzutragen. Die Rücksprache ist mit Datum, Stempel und Unterschrift zu versehen.

Zu § 4 Nr. 7

Nach Vertragslaufzeit von einem Jahr überprüft die AOK Sachsen-Anhalt die Notwendigkeit zur weiteren Anwendung der Anlage 4 (Erklärung des Anspruchsberechtigten zur Mehrfachversorgung).

Zu Anlage 7 – Seite 25

Die Gültigkeit der Verordnung beginnt mit dem Datum auf dem Maßblatt (Beginn der Versorgung – siehe § 4 Abs. 4).