

**Vertrag**  
**über die Versorgung der Versicherten**  
**der AOK Nordost**  
  
**mit**  
**Hilfsmitteln der Produktgruppen 17,**  
**Hilfsmittel zur Kompressionstherapie,**  
**Teilsegment Flachstrickversorgung**

zwischen der

**AOK Nordost – Die Gesundheitskasse,**  
Brandenburger Straße 72  
14467 Potsdam

– nachfolgend AOK –

und

**Namen des Leistungserbringers / Verbandes**  
Straße Nr.  
PLZ Ort

IK

– nachfolgend Leistungserbringer –

Abrechnungscode: 15 Tarifkennzeichen: 23F17  
Abrechnungscode: 16 Tarifkennzeichen: 23F17

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Versorgungsberechtigung.....	3
§ 4 Anspruchsberechtigung .....	3
§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung.....	3
§ 6 Ärztliche Verordnung .....	5
§ 7 Vorherige Zustimmung.....	6
§ 8 Vergütung.....	6
§ 9 Rechnungslegung und Bezahlung .....	7
§ 10 Beanstandungen und Verjährung .....	8
§ 11 Aufrechnung .....	8
§ 12 Gewährleistung / Garantie .....	9
§ 13 Leistungsstörungen .....	9
§ 14 Unzulässiges Verhalten .....	9
§ 15 Datenschutz.....	10
§ 16 Qualitätssicherung .....	10
§ 17 Vertragsstrafe .....	11
§ 18 Inkrafttreten und Kündigung.....	12
§ 19 Schlussbestimmungen.....	12
§ 20 Salvatorische Klausel.....	12
Anlage 1 Qualitätsvereinbarung .....	13
Anlage 2 Beitrittserklärung .....	16
Anlage 3 Vergütung .....	17
Anlage 4 Dokumentation der Beratung / Eigenerklärung zu Mehrkosten.....	27
Anlage 5 Abtretungserklärung.....	28
Anlage 5a Vollmacht .....	30
Anlage 6 Eigenerklärung.....	32

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 17, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Teilsegment Flachstrickware, einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- (2) Die Anlagen 1 bis 6 sind Bestandteil dieses Vertrages.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt:

- a) für die AOK,
- b) für Leistungserbringer, die als Mitglieder eines Leistungserbringerverbandes diesem Vertrag per Beitrittserklärung (Anlage 2) beigetreten sind,
- c) für Leistungserbringer, die diesen Vertrag abgeschlossen haben.

## **§ 3 Versorgungsberechtigung**

- (1) Vertragspartner können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln in der jeweils gültigen Fassung, sind einzuhalten (§ 126 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)).
- (2) Der Leistungserbringer hat zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Anforderungen die fachlichen, sachlichen und räumlichen Voraussetzungen gemäß Anlage 1 zu erfüllen und diese nach Aufforderung der AOK in geeigneter Form nachzuweisen.
- (3) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine, die Präqualifikationskriterien betreffende Voraussetzung bei dem Leistungserbringer nachträglich nicht mehr erfüllt werden können, sind die Präqualifikationsstelle und die AOK unverzüglich schriftlich darüber zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise prüffähig darzulegen.

## **§ 4 Anspruchsberechtigung**

Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte der AOK oder Betreute nach § 264 SGB V, denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 1 dieses Vertrages ärztlich verordnet ist.

## **§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Der Leistungserbringer hat Hilfsmittel entsprechend der ärztlichen Verordnung für den Anspruchsberechtigten im notwendigen Umfang bereit zu stellen und die hiermit im Zusammenhang stehenden notwendigen Dienst- und Serviceleistungen zu erbringen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle im jeweiligen Einzelfall erforderlichen vertragsgegenständlichen Leistungsbestandteile zu liefern.
- (2) Die individuelle Versorgung und Produktauswahl hat so zu erfolgen, dass das therapeutische Ziel erreicht wird. Soweit medizinisch erforderlich, hat die Versorgung und Produktauswahl in enger Absprache mit dem behandelnden Arzt zu erfolgen.

- (3) Der Anspruchsberechtigte hat die freie Wahl unter den Leistungserbringern, die aufgrund dieses Vertrages versorgungsberechtigt sind. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, die freie Wahl des Anspruchsberechtigten unter den Vertragspartnern der AOK zu beeinflussen und/oder eine Leistungsausweitung zu erwirken, ist nicht gestattet.
- (4) Die Verordnung gilt nur für den Anspruchsberechtigten, für den sie ausgestellt ist. Sie ist nicht übertragbar und verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach ihrer Ausstellung in der Betriebsstätte des Leistungserbringers vorgelegt worden ist. Der Leistungserbringer hat der AOK unverzüglich (innerhalb von fünf Werktagen nach Vorlage der Verordnung in der Betriebsstätte des Leistungserbringers) einen Antrag auf Zustimmung einzureichen (Eingang bei der AOK), soweit die AOK nicht gemäß § 7 Abs. 4 auf die vorherige Zustimmung verzichtet hat.
- (5) Der Leistungserbringer hat den Anspruchsberechtigten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel nach diesem Vertrag für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind.
- (6) Der Leistungserbringer hat die Beratung nach Absatz 5 grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen. Ausgenommen hiervon sind Hilfsmittel, für die die AOK gemäß § 7 Absatz 4 auf eine vorherige Zustimmung verzichtet hat sowie Versorgungen mit Hilfsmitteln aufgrund von Folgeversorgungen.
- (7) Dem Anspruchsberechtigten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Anspruchsberechtigten bzw. dessen Betreuungsperson umfassend nach dem aktuellen technischen Stand in die Bedienung und Pflege der Hilfsmittel einzuweisen sowie, soweit erforderlich, regelmäßig zu betreuen, zu beraten und zu schulen.
- (8) Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten können entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Anspruchsberechtigte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, kann der Leistungserbringer dem Anspruchsberechtigten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Durchführung der Beratung ist in geeigneter Weise zu bestätigen und der AOK auf Verlangen nachzuweisen. Die Aufzahlungshöhe ist in der Mehrkostenklärung (Anlage 4) aufzuführen und durch den Anspruchsberechtigten schriftlich zu bestätigen.  
Die Anlage 4 bewahrt der Leistungserbringer auf und stellt sie der AOK auf Anforderung zur Verfügung. Die Aufbewahrungsfrist der Anlage 4 beträgt 12 Monate nach Ende des Monats, in dem die Abrechnung erfolgte. Eine elektronische Aufbewahrung ist möglich.
- (9) Der Leistungserbringer hat grundsätzlich alle mit den Hilfsmitteln und deren Gebrauch im Zusammenhang stehenden notwendigen Dienst- und Serviceleistungen selbst zu erbringen. Dazu gehört auch, dass sich der Leistungserbringer vor Auslieferung des Hilfsmittels von der Passgenauigkeit überzeugt hat. Eine Versendung auf dem Postweg ist unzulässig.
- (10) Treten innerhalb des Garantiezeitraumes Mängel an dem Hilfsmittel auf, die nicht in die Risikosphäre des Anspruchsberechtigten fallen und die zu einer Funktionsbeeinträchtigung führen, ist dem Anspruchsberechtigten unverzüglich ein kostenfreier Ersatz zur Verfügung zu stellen
- (11) Die Auslieferung der Hilfsmittel ist der AOK per Empfangsbestätigung des Anspruchsberechtigten oder eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Dritten mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung grundsätzlich auf dem Verordnungsvordruck nachzuweisen. Sofern

ein Anspruchsberechtigter einen Dritten beauftragt den Empfang zu quittieren, so ist der Vorname und Name des Beauftragten leserlich in Druckbuchstaben, sowie die Funktion zu vermerken. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.

## **§ 6 Ärztliche Verordnung**

- (1) Voraussetzung für die Abgabe und Abrechnung der in § 1 bezeichneten Hilfsmittel ist die Vorlage einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung. Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig.
- (2) Die ärztliche Verordnung / Entlassverordnung muss folgende Angaben enthalten:
  - a) Bezeichnung der Krankenkasse,
  - b) Kassenummer,
  - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Anspruchsberechtigten,
  - d) Krankenversicherungsnummer des Anspruchsberechtigten,
  - e) Ausstellungsdatum,
  - f) Status des Anspruchsberechtigten,
  - g) Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8 und 9 des Verordnungsblattes sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend,
  - h) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend,
  - i) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
  - j) Kennzeichnung der Gebührenpflicht bzw. der Gebührenbefreiung,
  - k) allgemeine Hilfsmittelbezeichnung oder Produktart oder mindestens 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer,
  - l) Menge,
  - m) Diagnose (z.B. ICD-10),
  - n) Name, Vorname, Berufsbezeichnung, Anschrift und Telefonnummer des verordnenden Arztes
  - o) Vertragsarzt Nummer bzw. lebenslange Arzt Nummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) des verordnenden Arztes, bei formlosen Krankenhausverordnungen das Institutionskennzeichen (IK) des Krankenhauses,
  - p) Unterschrift des verordnenden Arztes.
- (3) Die Angaben nach a) bis p) werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt aufgetragen. Bei fehlenden oder unbestimmten Angaben zur zahlungsverpflichteten Krankenkasse darf die Verordnung erst nach unverzüglicher Korrektur durch den Vertragsarzt bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht werden.
- (4) Die angegebene, eindeutig bezeichnete Krankenkasse ist gegenüber dem versorgenden Leistungserbringer zahlungspflichtig, entscheidend ist die Kassenummer der Krankenkasse. Der Leistungserbringer ist zur Nachprüfung der Angaben auf der ärztlichen Verordnung nicht verpflichtet. Dazu gehören insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenversicherungsnummer des Anspruchsberechtigten, Angaben zur Krankenkasse sowie zur Zuzahlungspflicht des Anspruchsberechtigten und Angaben zum verordnenden Arzt einschließlich der LANR, BSNR sowie ggf. des IK. Enthält die Verordnung einen für den Leistungserbringer erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist.
- (5) Änderungen und Ergänzungen auf den Verordnungen bedürfen einer erneuten Unterschrift mit Datumsangabe des verordnenden Arztes. Verordnungen, die nach dem Zeitpunkt der tatsächlichen Belieferung ausgestellt wurden, werden grundsätzlich nicht anerkannt und können mit der AOK nicht abgerechnet werden.
- (6) Mischverordnungen, die Arznei- und/oder Verband- und Hilfsmittel enthalten, sind auf Grundlage dieses Vertrages nicht zulässig und daher nicht abrechenbar.

## **§ 7 Vorherige Zustimmung**

- (1) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Zustimmung durch die AOK. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Zustimmung und Vergütung besteht grundsätzlich nicht.
- (2) Zur vorherigen Zustimmung bzw. wenn ein Kostenvoranschlag erforderlich ist, sind folgende Unterlagen bei der AOK einzureichen:
  - a) ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Verordnung,
  - b) Angabe des vereinbarten Vertragspreises oder
  - c) Kostenvoranschlag, soweit kein Vertragspreis vereinbart ist,
  - d) Name, Anschrift, Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers,
  - e) Angabe des Abrechnungs- und Tarifikennzeichens (AC/TK),
  - f) Hilfsmittelpositionsnummer/Abrechnungspositionsnummer/Bezeichnung (Anlagen 3)
  - g) Gesamtpreis netto, zzgl. Umsatzsteuer gemäß Anlage 3,
  - h) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Anspruchsberechtigten, soweit zutreffend,
  - i) Kopie der Eigenerklärung des Anspruchsberechtigten zu Mehrkosten, soweit zutreffend,
  - j) Versorgungszeitraum, soweit zutreffend und vom Arzt auf der Verordnung angegeben

Das Zustimmungs-/Kostenvoranschlagsverfahren hat grundsätzlich auf elektronischem Wege zu erfolgen.

- (3) Informiert die AOK den Leistungserbringer über fehlerhaft oder unvollständig eingereichte Unterlagen (z. B. Verordnungen, Kostenvoranschläge, Vertragsanlagen), hat der Leistungserbringer diese in der von der AOK genannten Frist korrekt und vollständig nachzureichen.
- (4) Die AOK ist jederzeit berechtigt, einseitig auf eine vorherige Zustimmung ganz oder teilweise zu verzichten, nachdem sie den Vertragspartner gemäß § 2 lit. b) und c) darüber schriftlich informiert hat. Der Verzicht kann ganz oder teilweise schriftlich mit einer Frist von zwei Kalendermonaten widerrufen werden.

## **§ 8 Vergütung**

- (1) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn er die Versorgungsleistungen nach den Vorgaben dieses Vertrages erbracht hat.
- (2) Die Vertragspreise sind in der Anlage 3 geregelt. Bei den vereinbarten Preisen handelt es sich um Nettopreise, zuzüglich der jeweils gültigen Umsatzsteuer.
- (3) Sollten Festbeträge gemäß § 36 SGB V unterhalb der vereinbarten Vertragspreise festgesetzt werden, gelten die entsprechenden vertraglich vereinbarten Preise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer gesonderten Kündigung bedarf. Der Festbetrag gemäß § 36 SGB V gilt dann ab Inkrafttreten an Stelle des vereinbarten Vertragspreises.
- (4) Der Leistungserbringer hat eine aufzahlungsfreie Versorgung sicherzustellen. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Darüber hinaus darf der Leistungserbringer vom Anspruchsberechtigten, außer der gesetzlich festgelegten Zuzahlung gemäß § 33 SGB V, keine Zahlungen verlangen.
- (5) Wählen Anspruchsberechtigte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V).

Der Leistungserbringer hat den Anspruchsberechtigten über die dadurch entstehenden Mehrkosten vorher zu informieren und diese direkt mit dem Anspruchsberechtigten abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei eventuellen Folgeleistungen.  
Auf Anforderung der AOK hat der Leistungserbringer die Erklärung des Anspruchsberechtigten über die Zahlung von Mehrkosten kostenfrei vorzulegen. Inhaltsgleiche Eigenerklärungen des Leistungserbringers können verwendet werden (Anlage 4).

### **§ 9 Rechnungslegung und Bezahlung**

- (1) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in Verbindung mit § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen.
- (2) Der Leistungserbringer hat folgende Unterlagen neben der elektronischen Übermittlung bei der Abrechnung einzureichen:
  - a) Originalverordnung,
  - b) Kostenübernahmeerklärung der AOK (bei zustimmungspflichtigen Hilfsmitteln) bzw. Angabe der von der AOK vergebenen Genehmigungsnummer,
  - c) Empfangsbestätigung des Anspruchsberechtigten bzw. seines Beauftragten auf dem Verordnungsvordruck (siehe § 5 Abs. 11),
  - d) Gesamtaufstellung/Sammelrechnung.

Die Urbelege sind entsprechend der Anlage 5 der Richtlinie zum Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V auszufüllen und einzureichen.

- (3) Der Leistungserbringer rechnet mindestens einmal, max. zweimal je Monat alle erbrachten Versorgungsgüter nach diesem Vertrag im Rahmen einer Sammelabrechnung ab.
- (4) Der Leistungserbringer rechnet frühestens nach Leistungserbringung (Tag der Abgabe des Hilfsmittels) und spätestens innerhalb von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels ab. Danach ist die Abrechnung grundsätzlich ausgeschlossen.
- (5) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen und Abrechnungsdaten bei der von der AOK benannten Stelle (Fälligkeit). Die AOK kann dem Leistungserbringer oder deren Abrechnungsstelle unvollständige oder fehlerhafte Rechnungsunterlagen zur Prüfung und Vervollständigung zurückgeben. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Rechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Der Nachweis des Einganges der von der AOK an den Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle zurückgegebenen Unterlagen obliegt der AOK. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein inländisches Geldinstitut. Ist der Fälligkeitstag ein Sonnabend, Sonntag oder ein gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag).  
Werden die Rechnungen innerhalb von 10 Kalendertagen nach Rechnungseingang bezahlt, hat die AOK Anspruch auf 2 % Skonto auf den gesamten Rechnungsbetrag, soweit der Leistungserbringer dies auf der Rechnung vermerkt hat. Die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend. Alle Zahlungen erfolgen unter dem 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 (Anlage 5 bzw. 5a). 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 der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.

- (7) Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat schuldbefreiende 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.

### **§ 10 Beanstandungen und Verjährung**

- (1) Beanstandete Rechnungsunterlagen müssen von der AOK innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungslegung gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht werden. Die Zahlung der AOK erfolgt unter dem Vorbehalt einer abschließenden sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die Beanstandung hat gegenüber dem Leistungserbringer unter Angabe der Rechnungs- und der Belegnummer und einer konkreten Begründung zu erfolgen. Der Leistungserbringer erhält bei Rechnungsbeanstandung eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls. Im Falle einer Abrechnung über eine Abrechnungsstelle erfolgt die Beanstandung gegenüber der als Zahlungsempfänger beauftragten Abrechnungsstelle. Die Prüfung der Taxation hat sowohl Differenzen zugunsten als auch zuungunsten des Leistungserbringers bzw. der AOK zu berücksichtigen.
- (2) Stellt sich nach Begleichung einer Rechnung heraus, dass die AOK nicht oder nur teilweise dem Leistungserbringer gegenüber leistungspflichtig ist, kann sie innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung bereits geleistete Zahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Einsprüche gegen Rechnungs- und Taxbeanstandungen der AOK sind von dem Leistungserbringer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Beanstandung unter Angabe der Sammelrechnungsnummer und/oder Registriernummer und Belegnummer zu begründen. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt. Fehlen einzelne Angaben auf der ärztlichen Verordnung, ist eine Heilung grundsätzlich möglich. Das Gleiche gilt bei fehlender Empfangsbestätigung.
- (4) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der AOK zu erfolgen. Andernfalls gelten die Einsprüche als anerkannt.
- (5) Beanstandete Beträge werden nach Ablauf der Einspruchsfrist mit der nächstfälligen Zahlung für den Leistungserbringer verrechnet. Im Falle eines Einspruchs gegen eine ausgesprochene Beanstandung erfolgt die Verrechnung nach Ablehnung durch die AOK. Forderungen der AOK gegen einen Leistungserbringer können nur bis zur Höhe desjenigen Forderungsbetrages geltend gemacht werden, den die abrechnende Stelle im Zeitpunkt der Verrechnung für den betreffenden Leistungserbringer im Rahmen der Abrechnung nach diesem Vertrag geltend macht.
- (6) Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen gelten die Verjährungsvorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

### **§ 11 Aufrechnung**

- (1) Die AOK ist berechtigt, eigene festgestellte Forderungen gegenüber dem Leistungserbringer mit Vergütungsansprüchen des Leistungserbringers aufzurechnen. Bevor eine Aufrechnung erfolgt, wird der Leistungserbringer angehört.
- (2) Die AOK ist berechtigt, festgestellte Forderungen auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufzurechnen, jedoch nur bis zur Höhe desjenigen Forderungsbetrages, den die abrechnende



Stelle im Zeitpunkt der Verrechnung für den betroffenen Leistungserbringer im Rahmen der Abrechnung geltend macht.

### **§ 12 Gewährleistung / Garantie**

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung gemäß der gesetzlichen Bestimmungen für eine einwandfreie Funktionsfähigkeit der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel bei der Auslieferung.
- (2) Gewähren die Hersteller bzw. Lieferanten oder Importeure von Hilfsmitteln eine Garantie, sind Ansprüche des Leistungserbringers gegenüber der AOK oder dem Anspruchsberechtigten ausgeschlossen, soweit der Leistungserbringer aufgrund Geltendmachung der Garantie schadlos gestellt wird. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Herstellergarantie zu nutzen.
- (3) Die AOK hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben; dies gilt auch bei der Beauftragung/Einbindung von Unterauftragnehmern. Diese Pflichten umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung im Sinne des § 3 Abs. 1 des Vertrages insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Hilfsmittelabgabe (§ 4 MPBetreibV) sowie das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV). Die dafür erforderlichen Aufgaben des Leistungserbringers sind mit der in der Anlage 3 vereinbarten Vergütung abgegolten.

### **§ 13 Leistungsstörungen**

Kann der Leistungserbringer aufgrund ihm bzw. seiner Risikosphäre zuzurechnender Umstände eine ordnungsgemäße Versorgung des Anspruchsberechtigten nicht gewährleisten und wird dadurch die Versorgung des Anspruchsberechtigten in unzumutbarer Weise beeinträchtigt oder gefährdet, so ist die AOK nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers berechtigt, ersatzweise einen Dritten mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Die aufgrund dieser Ersatzversorgung ggf. entstehenden Mehrkosten hat der Leistungserbringer der AOK zu erstatten.

### **§ 14 Unzulässiges Verhalten**

- (1) Dem Leistungserbringer sind Werbemaßnahmen, die sich auf die Leistungspflicht der AOK beziehen, untersagt.
- (2) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag keine Geldleistungen, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen von Dritten erhält.
- (3) Vergütungen von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen durch den Leistungserbringer, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten des Leistungserbringers dieses Vertrages.
- (4) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Anspruchsberechtigte über Depots bei Vertragsärzten oder in sonstigen ambulanten bzw. stationären Einrichtungen ist nach den Grundsätzen des § 128 SGB V nicht zulässig. Entgegen dieser Vorgabe abgegebene Hilfsmittel sind nicht abrechnungsfähig. § 128 Absatz 1 Satz 1 gilt entsprechend.

- (5) Die Annahme ärztlicher Verordnungen durch Zuweisung unter Umgehung des Anspruchsberechtigten ist nicht zulässig.
- (6) Stellt die AOK fest, dass der Leistungserbringer der AOK einen erheblichen Mehraufwand verursacht (wiederholte Mängel bei der Datenqualität von Kostenvoranschlägen und / oder Abrechnungsunterlagen), gibt sie ihm Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung). Die AOK ist berechtigt, für diesen Mehraufwand eine angemessene Aufwandsentschädigung vom Leistungserbringer zu verlangen.

### **§ 15 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die einschlägigen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 – 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, der entsprechenden Landesdatenschutzgesetze und des BDSG-neu zu beachten. Die Vertragspartner stellen sicher, dass diese Bestimmungen ihrem im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses eingesetzten Personals bekannt gegeben werden und überwachen deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von dem Leistungserbringer beauftragten Abrechnungsstelle.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet (Art. 5 EU-DSGVO).
- (3) Die Vertragspartner verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Anspruchsberechtigten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nur an solche Dritte weiterzugeben, derer sich der Vertragspartner im Rahmen der Erfüllung der sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag ergebenden Aufgaben bedient. Konzernunternehmen nach §§ 15ff. Aktiengesetz gelten nicht als Dritte im Sinne dieses Vertrages (Verschwiegenheitspflicht). Der Schutz der personenbezogenen Daten ist sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht nach den Berufsordnungen und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (4) Die Vertragspartner haben die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (5) Die Vertragspartner sind verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (6) Bei Datenschutzverstößen, die rechtlich auf beide Vertragspartner wirken, sind die Partner verpflichtet, sich zur Wahrung der Meldefrist nach Artikel 33 DSGVO unverzüglich gegenseitig zu informieren.

### **§ 16 Qualitätssicherung**

- (1) Die AOK ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringer obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen.

- (2) Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führt die AOK Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK auf Verlangen für die Prüfungen nach Satz 1 die erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Anspruchsberechtigten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung im Sinne des § 127 Abs. 5 SGB V vorzulegen.
- (3) Für Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind die Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

### **§ 17 Vertragsstrafe**

- (1) Erlangt die AOK Anhaltspunkte über Verstöße des Leistungserbringers gegen Pflichten aus diesem Vertrag oder fügt er dem Anspruchsberechtigten oder der AOK in sonstiger Weise Schaden zu, gibt ihm die AOK Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung). Sofern der Leistungserbringer Mitglied eines Leistungserbringerverbandes ist, hat er die Möglichkeit, diesen einzuschalten. Bei vorliegenden Verstößen kann die AOK gegenüber dem Leistungserbringer den Verzicht der vorherigen Zustimmung mit sofortiger Wirkung widerrufen; § 5 Abs. 6 Satz 2 findet keine Anwendung.  
Darüber hinaus ist eine Verwarnung auszusprechen oder eine schriftliche Abmahnung zu erklären. Der für die AOK entstandene Schaden ist wieder gut zu machen.
- (2) Bei schwerwiegenden grob fahrlässigen bzw. vorsätzlichen Verstößen im Sinne von Absatz 3, die zu erheblichen Nachteilen der AOK führen bzw. führen können, kann eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von maximal 3 % des jährlichen Nettogesamtauftragswertes des Leistungserbringers auf der Grundlage dieses Vertrages festgesetzt werden. Die Berechnung des Nettogesamtauftragswertes erfolgt anhand des Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger als zwölf Monate vor, so erfolgt die Berechnung anhand des Nettogesamtauftragswertes dieser Monate. Die Höhe der Vertragsstrafe unterliegt im Streitfall der gerichtlichen Überprüfung.
- (3) Als schwerwiegend im Sinne von Absatz 2 gelten:
  - a) wiederholte schwere Verstöße gegen § 14 dieses Vertrages
  - b) Fälle vollendeten oder versuchten Betruges bzw. Abrechnungsmanipulation zu Lasten der AOK, sowie
  - c) wiederholte schwere Verstöße gegen die Qualitätsanforderungen (Anlage 1 des Vertrages) bzgl. der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Anspruchsberechtigten und damit eine Beeinträchtigung des Versorgungsauftrags der AOK zur Folge haben
  - d) wiederholte schwere Verstöße gegen die Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 5 Abs. 6 bis 8,
  - e) wiederholte schwere Verstöße gegen die sich aus § 127 Abs. 7 SGB V ergebenden Mitwirkungspflichten,
  - f) wiederholte schwere Verstöße gegen die Datenschutzbestimmungen in § 15 dieses Vertrages
- (4) Im Falle von mehreren Verstößen (Fortsetzungszusammenhang oder mehrere verschiedenartige Verstöße) erhöht sich die Strafe in angemessener Weise, jedoch auf insgesamt maximal 5 % des durchschnittlichen Nettogesamtauftragswertes des Leistungserbringers auf der Grundlage dieses Vertrages für einen Zeitraum von zwölf Monaten, wobei die Gesamthöhe gerichtlicher Überprüfung unterliegt. Die Berechnung des Nettogesamtauftragswertes erfolgt anhand des durchschnittlichen Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger Monate vor, so orientiert sich die Berechnung an den vergangenen Monaten.

- (5) Bei wiederholten, schwerwiegenden Verstößen im Sinne des § 128 Absatz 3 Satz 2 SGB V gegen die Verbote nach § 128 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V kann die AOK den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.
- (6) Weitergehende Ansprüche der AOK insbesondere auf Schadensersatz und Rückforderung sowie das Recht der AOK, den Vertrag zu beenden, bleiben unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.

### **§ 18 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am **15.02.2020** in Kraft. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der ärztlichen Verordnung. Für Verordnungen, die vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages ausgestellt wurden, gilt dieser Vertrag nicht.
- (2) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 31.12.2024 schriftlich gekündigt werden. Im Falle der Kündigung des Vertrages durch einen Verband bzw. der Kündigung des Vertrages durch die AOK gegenüber einem Verband gilt der Vertrag für die übrigen Vertragsparteien unverändert weiter.
- (3) Zwischen den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, dass nach Kündigung des Vertrages die Parteien zeitnah Vertragsverhandlungen aufnehmen und sich über eine Friedenspflicht, bis zu der die bisherigen Preise fortgelten, verständigen. Die Friedenspflicht beträgt mindestens drei Monate.
- (4) Den Vertragsparteien steht das Recht der außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses bei Vorliegen eines wichtigen Grundes zu. Insbesondere bei Wegfall der gesetzlichen Grundlage oder bei schwerwiegenden Verletzungen dieses Vertrages.
- (5) Dieser Vertrag ersetzt alle vorhergehenden Verträge zwischen den Vertragsparteien zur Versorgung der Anspruchsberechtigten mit Hilfsmitteln der Produktgruppe der PG 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie), Teilsegment Flachstrickware.

### **§ 19 Schlussbestimmungen**

Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den in § 1 angegebenen Vertragsbestandteilen, wie auch mündliche Abreden, gelten nur, wenn die AOK sie schriftlich bestätigt hat. Änderungen und/oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.

### **§ 20 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 Wirkung der wirtschaftlichen Zielsetzung möglichst nahe kommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

Potsdam, den XX.XX.2020

---

Leistungserbringer

---

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

## **Anlage 1 Qualitätsvereinbarung**

Die qualitativen Anforderungen sind von dem Leistungserbringer während der gesamten Vertragslaufzeit zu erfüllen. Die Nachweise müssen spätestens im Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages vorliegen. Sollte eine Voraussetzung nach dieser Anlage nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die AOK unverzüglich schriftlich darüber zu informieren.

Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V benannten Qualitätsanforderungen sind als Mindeststandards zu beachten.

### **1. Strukturqualität**

Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 126 SGB V in der jeweils geltenden Fassung in jeder an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebsstätte zu erfüllen.

### **2. Personelle Standards**

Der fachliche Leiter muss über einen in den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aufgeführten Berufsabschluss (Qualifikationen) verfügen.

Die Abgabe von Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie nach diesem Vertrag setzt medizinische Kenntnisse und regelmäßige Weiterbildungen (Nachweis sowohl medizinischer als auch produktspezifischer Grundlagen) voraus. Im Rahmen der fachgerechten Versorgung wird sich der Leistungserbringer zudem an bestehenden Versorgungsleitlinien anerkannter Fachgesellschaften (wie z. B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – AWMF und/oder dem Weißbuch der Orthopädie-Technik) orientieren.

Voraussetzung für die Abgabe von Flachstrick- und Narbenkompressionsartikeln ist über die allgemeinen medizinischen Kenntnisse und die regelmäßige Fortbildung hinaus der Nachweis einer zertifizierten Fortbildung im Bereich Maßanfertigung der PG 17 zur lymphatischen Versorgung (zertifiziert nach IQZ - Institut für Qualitätssicherung und Zertifizierung, Schliepstr. 6-8, 44135 Dortmund). Die Fortbildungsmaßnahme muss allgemein anerkannt sein (z.B. Bundesfachschole für Orthopädietechnik, Dortmund) und ist mind. alle 3 Jahre zu erneuern (z.B. anhand von sog. Refresher-Kursen).

Der Leistungserbringer erklärt, dass die Personen, die zur Versorgung, Beratung und Betreuung im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Produkten eingesetzt werden, fachlich qualifiziert sind. Ferner stellt er sicher, dass das eingesetzte Personal regelmäßig an den oben genannten fachlichen Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt.

Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Anspruchsberechtigten ausschließlich durch Mitarbeiter beraten und betreut werden, die im Umgang mit den in Betracht kommenden Erkrankungen geeignet und fortgebildet sind. Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten ist eine geschlechtsspezifische Versorgung sicherzustellen.

Im Übrigen erklärt der Leistungserbringer, dass er keine Kenntnis darüber hat, dass eine der versorgenden Personen im Hinblick auf deren persönliche Eignung und deren Zuverlässigkeit im Rahmen der Ausübung der Versorgungstätigkeiten rechtskräftig verurteilt ist.

### **3. Räumliche und technische Anforderungen**

Die räumlichen und technischen Anforderungen richten sich nach den Vorgaben der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 126 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Zu den räumlichen Voraussetzungen gehört ein akustisch und optisch abgeschlossener

und von Geschäfts- und Produktionsräumen abgegrenzter Raum mit einer Liege, der ein Mithören Außenstehender ausschließt und eine ungestörte Beratung gewährleistet. Die Voraussetzungen sind in jeder an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebsstätte zu erfüllen.

#### **4. Produktstandards**

Die in der Versorgung des Anspruchsberechtigten von dem Leistungserbringer nach dem Vertrag eingesetzten Hilfsmittel müssen dem Medizinproduktegesetz (MPG) entsprechen und entweder:

- im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sein  
oder
- über eine CE-Kennzeichnung verfügen und in der Qualität und Ausführung den im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmitteln technisch gleichwertig sein.  
Der Leistungserbringer hat der AOK vor Beginn der Versorgung bekannt zu geben, wenn nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte zum Einsatz kommen sollen. Für diese Produkte ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Die AOK behält sich vor, den Einsatz der Produkte abzulehnen. Die Ablehnungsgründe sind dem Leistungserbringer ggf. mitzuteilen.

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation/Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, das therapeutische Ziel sowie die Fähigkeit und den Willen des Anspruchsberechtigten, das Produkt zu nutzen.

Die Art und Verwendung der Produkte richtet sich nach den Herstellerangaben. Die Qualität der Produkte hat dem jeweils aktuellen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Anspruchsberechtigten nur mit Materialien und Artikeln einwandfreier Qualität zu versorgen. Bekannte Allergien gegen bestimmte Materialien, die in den Hilfsmitteln vorkommen können, werden vor der Versorgung abgeklärt.

Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V hinsichtlich der vertragsgegenständlichen Produktgruppen beschriebenen allgemeinen, medizinischen und technischen Anforderungen und Ausstattungen stellen die Mindestanforderungen an die abzugebenden Hilfsmittel dar. Die Anforderungen, die sich aus der Medizinproduktebetriebersverordnung (MPBetreibV) und den sonstigen Sicherheitsvorschriften ergeben, sind durch den Leistungserbringer sicherzustellen.

#### **5. Servicestandards**

Der Leistungserbringer versorgt den Anspruchsberechtigten mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln.

Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Anspruchsberechtigten sowie Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen gewährleistet werden können.

Die Abgabe des Hilfsmittels ist mit dem Anprobieren durch den Anspruchsberechtigten und der Einweisung in den Gebrauch verbunden. Der Anspruchsberechtigte erhält Hinweise zur Reinigung, soweit sie vom Hersteller vorgeschrieben sind, und die Gebrauchsanweisung. Der Anspruchsberechtigte erhält die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.

Zum weiteren Leistungsumfang gehören insbesondere:

- Beratung/en / Einweisung/en im individuellen Versorgungsfall in der Betriebsstätte des Leistungserbringers oder bei Bedarf des Anspruchsberechtigten in dessen Häuslichkeit, soweit erforderlich in Krankenhäusern, Behinderteneinrichtungen, Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen.
- Übernahme aller mit der Belieferung der Hilfsmittel im Zusammenhang stehenden Personal-, Sach-, Fahr- und Versandkosten.

Bei Lieferung in die Häuslichkeit des Anspruchsberechtigten hat der Leistungserbringer mit dem Anspruchsberechtigten einen verbindlichen Liefertermin zu vereinbaren.

## **6. Qualitätskontrolle**

Der Leistungserbringer hat die im Vertrag geregelten Leistungen gemäß MPG ausreichend zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der entsprechenden Dokumentation unverzüglich prüffähig darzulegen.

## Anlage 2 Beitrittserklärung

**Abrechnungscode: 15/16 Tarifkennzeichen: 23F17**

zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vom 12.02.2020 zwischen der  
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse in 14467 Potsdam und dem

Leistungserbringerverband / Leistungserbringer

---

Leistungserbringer (Hauptbetrieb - Firmenbezeichnung)

---

IK-Nummer

---

Geschäftsführer/in bzw. Betriebsinhaber/in

---

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Ich/Wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilsegment Flachstrickversorgung, zwischen der AOK Nordost und ..... vom ..... an und verpflichte(n) mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen.

Weitere folgende Betriebsstätten sind zur Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Produktgruppen gemäß § 126 SGB V berechtigt:

Institutionskennzeichen	Name der Filiale	Anschrift

---

Datum

---

Unterschrift Geschäftsführer/in bzw. Betriebsinhaber/in



### Anlage 3 Vergütung

#### Preisliste für Med. Kompressionsstrümpfe nach Maß, flachgestrickt, gültig ab 01.04.2023

Hilfsmittel- positions- nummer	Bezeichnung	KKL	Stück/ Paar	Ver- wen- dungs- kenn- zei- chen	Preis in EUR (netto) ab 01.04.2023	Preis in EUR (netto) ab 01.01.2024			
<b>17.06.14.</b>	<b>Wadenstrümpfe</b>								
17.06.14.0	Wadenstrumpf, Erstversorgung	I	Stück	00	132,32	135,63			
17.00.01.0006	Wadenstrümpfe, Erstversorgung	I	Paar	00	233,00	238,83			
17.06.14.0	Wadenstrumpf, Folgeversorgung	I	Stück	04	121,77	124,81			
17.00.01.0006	Wadenstrümpfe, Folgeversorgung	I	Paar	04	222,46	228,02			
17.06.14.1	Wadenstrumpf, Erstversorgung,	II	Stück	00	132,32	135,63			
17.00.01.1006	Wadenstrümpfe, Erstversorgung	II	Paar	00	233,00	238,83			
17.06.14.1	Wadenstrumpf, Folgeversorgung	II	Stück	04	121,77	124,81			
17.00.01.1006	Wadenstrümpfe, Folgeversorgung	II	Paar	04	222,46	228,02			
17.06.14.2	Wadenstrumpf, Erstversorgung	III	Stück	00	138,82	142,29			
17.00.01.2006	Wadenstrümpfe, Erstversorgung	III	Paar	00	246,02	252,17			
17.06.14.2	Wadenstrumpf, Folgeversorgung	III	Stück	04	128,29	131,50			
17.00.01.2006	Wadenstrümpfe, Folgeversorgung	III	Paar	04	235,47	241,36			
17.06.14.3	Wadenstrumpf, Erstversorgung	IV	Stück	00	138,82	142,29			
17.00.01.3006	Wadenstrümpfe, Erstversorgung	IV	Paar	00	246,02	252,17			
17.06.14.3	Wadenstrumpf, Folgeversorgung	IV	Stück	04	128,29	131,50			
17.00.01.3006	Wadenstrümpfe, Folgeversorgung	IV	Paar	04	235,47	241,36			
<b>17.06.15.</b>	<b>Halbschenkelstrümpfe</b>								
17.06.15.0	Halbschenkelstrumpf, Erstversorgung	I	Stück	00	162,15	166,20			
17.00.02.0006	Halbschenkelstrümpfe, Erstversorgung	I	Paar	00	289,50	296,74			
17.06.15.0	Halbschenkelstrumpf, Folgeversorgung	I	Stück	04	151,60	155,39			
17.00.02.0006	Halbschenkelstrümpfe, Folgeversorgung	I	Paar	04	278,96	285,93			
17.06.15.1	Halbschenkelstrumpf, Erstversorgung	II	Stück	00	162,15	166,20			
17.00.02.1006	Halbschenkelstrümpfe, Erstversorgung	II	Paar	00	289,50	296,74			
17.06.15.1	Halbschenkelstrumpf, Folgeversorgung	II	Stück	04	151,60	155,39			

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilbereich Flachstrickversorgung  
vom 15.02.2020 (in der Fassung vom 01.04.2023)

17.00.02.1006	Halbschenkelstrümpfe, Folgeversorgung	II	<b>Paar</b>	04	278,96	285,93			
17.06.15.2	Halbschenkelstrumpf, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	170,60	174,87			
17.00.02.2006	Halbschenkelstrümpfe, Erstversorgung	III	<b>Paar</b>	00	306,40	314,06			
17.06.15.2	Halbschenkelstrumpf, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	160,05	164,05			
17.00.02.2006	Halbschenkelstrümpfe, Folgeversorgung	III	<b>Paar</b>	04	295,85	303,25			
17.06.15.3	Halbschenkelstrumpf, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	170,60	174,87			
17.00.02.3006	Halbschenkelstrümpfe, Erstversorgung	IV	<b>Paar</b>	00	306,40	314,06			
17.06.15.3	Halbschenkelstrumpf, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	160,05	164,05			
17.00.02.3006	Halbschenkelstrümpfe, Folgeversorgung	IV	<b>Paar</b>	04	295,85	303,25			
<b>17.06.16.</b>	<b>Schenkelstrümpfe</b>								
17.06.16.0	Schenkelstrumpf, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	183,15	187,73			
17.00.03.0006	Schenkelstrümpfe, Erstversorgung	I	<b>Paar</b>	00	327,29	335,47			
17.06.16.0	Schenkelstrumpf, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	172,61	176,93			
17.00.03.0006	Schenkelstrümpfe, Folgeversorgung	I	<b>Paar</b>	04	316,75	324,67			
17.06.16.1	Schenkelstrumpf, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	183,15	187,73			
17.00.03.1006	Schenkelstrümpfe, Erstversorgung	II	<b>Paar</b>	00	327,29	335,47			
17.06.16.1	Schenkelstrumpf, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	172,61	176,93			
17.00.03.1006	Schenkelstrümpfe, Folgeversorgung	II	<b>Paar</b>	04	316,75	324,67			
17.06.16.2	Schenkelstrumpf, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	192,28	197,09			
17.00.03.2006	Schenkelstrümpfe, Erstversorgung	III	<b>Paar</b>	00	345,54	354,18			
17.06.16.2	Schenkelstrumpf, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	181,73	186,27			
17.00.03.2006	Schenkelstrümpfe, Folgeversorgung	III	<b>Paar</b>	04	334,99	343,36			
17.06.16.3	Schenkelstrumpf, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	192,28	197,09			
17.00.03.3006	Schenkelstrümpfe, Erstversorgung	IV	<b>Paar</b>	00	345,54	354,18			
17.06.16.3	Schenkelstrumpf, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	181,73	186,27			
17.00.03.3006	Schenkelstrümpfe, Folgeversorgung	IV	<b>Paar</b>	04	334,99	343,36			
<b>17.06.17.</b>	<b>Strumpfhosen</b>								
17.06.17.0	Strumpfhosen, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	544,80	558,42			
17.06.17.0	Strumpfhosen, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	504,73	517,35			
17.06.17.1	Strumpfhosen, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	544,80	558,42			
17.06.17.1	Strumpfhosen, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	504,73	517,35			
17.06.17.2	Strumpfhosen, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	560,41	574,42			
17.06.17.2	Strumpfhosen, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	520,36	533,37			

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
 Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilbereich Flachstrickversorgung  
 vom 15.02.2020 (in der Fassung vom 01.04.2023)

17.06.17.3	Strumpfhosen, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	560,41	574,42			
17.06.17.3	Strumpfhosen, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	520,36	533,37			
<b>17.06.18.</b>	<b>Caprihosen</b>								
17.06.18.0	Caprihosen, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	474,62	486,49			
17.06.18.0	Caprihosen, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	444,06	455,16			
17.06.18.1	Caprihosen, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	474,62	486,49			
17.06.18.1	Caprihosen, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	444,06	455,16			
17.06.18.2	Caprihosen, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	506,63	519,30			
17.06.18.2	Caprihosen, Folgeversorgung,	III	<b>Stück</b>	04	476,06	487,96			
17.06.18.3	Caprihosen, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	506,63	519,30			
17.06.18.3	Caprihosen, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	476,06	487,96			
<b>17.06.19.</b>	<b>Bermudahosen</b>								
17.06.19.0	Bermudahosen, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	375,85	385,25			
17.06.19.0	Bermudahosen, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	345,27	353,90			
17.06.19.1	Bermudahosen, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	375,85	385,25			
17.06.19.1	Bermudahosen, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	345,27	353,90			
17.06.19.2	Bermudahosen, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	388,62	398,34			
17.06.19.2	Bermudahosen, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	348,55	357,26			
17.06.19.3	Bermudahosen, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	388,62	398,34			
17.06.19.3	Bermudahosen, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	348,55	357,26			
<b>17.06.21.</b>	<b>Leggins</b>								
17.06.21.0	Leggins, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	451,30	462,58			
17.06.21.0	Leggins, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	411,23	421,51			
17.06.21.1	Leggins, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	451,30	462,58			
17.06.21.1	Leggins, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	411,23	421,51			
17.06.21.2	Leggins, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	463,82	475,42			
17.06.21.2	Leggins, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	423,75	434,34			
17.06.21.3	Leggins, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	469,31	481,04			
17.06.21.3	Leggins, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	429,24	439,97			
<b>17.06.22.</b>	<b>Radlerhosen</b>								
17.06.22.0	Radlerhosen, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	333,95	342,30			
17.06.22.0	Radlerhosen, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	303,38	310,96			
17.06.22.1	Radlerhosen, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	333,95	342,30			

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
 Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilbereich Flachstrickversorgung  
 vom 15.02.2020 (in der Fassung vom 01.04.2023)

17.06.22.1	Radlerhosen, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	303,38	310,96			
17.06.22.2	Radlerhosen, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	344,16	352,76			
17.06.22.2	Radlerhosen, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	313,59	321,43			
17.06.22.3	Radlerhosen, Erstversorgung	IV	<b>Stück</b>	00	346,12	354,77			
17.06.22.3	Radlerhosen, Folgeversorgung	IV	<b>Stück</b>	04	315,55	323,44			
<b>17.06.20</b>	<b>Medizinische Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus Cruris Behandlung, Maßanfertigung</b>								
17.06.20.0	Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung, Maßanfertigung, Erst- und Folgeversorgung		<b>Stück</b>	00, 04	KVA	KVA			
17.06.20.1	Zweikomponenten-Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung, Maßanfertigung, Erst- und Folgeversorgung		<b>Stück</b>	00, 04	180,70	185,22			
<b>17.10.04.</b>	<b>Armstrümpfe</b>								
17.10.04.0	Armstrumpf, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	190,65	195,42			
17.10.04.0	Armstrumpf, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	169,56	173,80			
17.10.04.1	Armstrumpf, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	190,65	195,42			
17.10.04.1	Armstrumpf, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	169,56	173,80			
17.10.04.2	Armstrumpf, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	193,20	198,03			
17.10.04.2	Armstrumpf, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	172,11	176,41			
<b>17.10.05.</b>	<b>Unterarmstrümpfe</b>								
17.10.05.0	Unterarmstrumpf, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	116,39	119,30			
17.10.05.0	Unterarmstrumpf, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	95,29	97,67			
17.10.05.1	Unterarmstrumpf, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	130,56	133,82			
17.10.05.1	Unterarmstrumpf, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	109,48	112,22			
17.10.05.2	Unterarmstrumpf, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	130,56	133,82			
17.10.05.2	Unterarmstrumpf, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	109,48	112,22			
<b>17.10.06.</b>	<b>Armstrümpfe mit Handteil</b>								
17.10.06.0	Armstrumpf mit Handteil, Erstversorgung	I	<b>Stück</b>	00	324,36	332,47			
17.10.06.0	Armstrumpf mit Handteil, Folgeversorgung	I	<b>Stück</b>	04	303,28	310,86			
17.10.06.1	Armstrumpf mit Handteil, Erstversorgung	II	<b>Stück</b>	00	324,36	332,47			
17.10.06.1	Armstrumpf mit Handteil, Folgeversorgung	II	<b>Stück</b>	04	303,28	310,86			
17.10.06.2	Armstrumpf mit Handteil, Erstversorgung	III	<b>Stück</b>	00	324,36	332,47			
17.10.06.2	Armstrumpf mit Handteil, Folgeversorgung	III	<b>Stück</b>	04	303,28	310,86			
<b>17.10.07.</b>	<b>Unterarmstrümpfe mit Handteil</b>								

17.10.07.0	Unterarmstrumpf mit Handteil, Erstversorgung	I	Stück	00	259,31	265,79			
17.10.07.0	Unterarmstrumpf mit Handteil, Folgeversorgung	I	Stück	04	238,22	244,18			
17.10.07.1	Unterarmstrumpf mit Handteil, Erstversorgung	II	Stück	00	259,31	265,79			
17.10.07.1	Unterarmstrumpf mit Handteil, Folgeversorgung	II	Stück	04	238,22	244,18			
17.10.07.2	Unterarmstrumpf mit Handteil, Erstversorgung	III	Stück	00	265,73	272,37			
17.10.07.2	Unterarmstrumpf mit Handteil, Folgeversorgung	III	Stück	04	244,64	250,76			
<b>17.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression</b>								
<b>17.06.06</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression, Bein</b>								
17.06.06.0997	Narbenkompressionsbeinstrumpf AD, nach Maß, Stück, Erst- und Folgeversorgung		Stück	00,04	KVA	KVA			
17.06.06.0998	Narbenkompressionsbeinstrumpf AG, nach Maß, Stück, Erst- und Folgeversorgung		Stück	00,04	KVA	KVA			
17.06.06.0999	Narbenkompressionsstrumpfhose, nach Maß, Stück, Erst- und Folgeversorgung		Stück	00,04	KVA	KVA			
<b>17.07.01</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression, Hand</b>								
17.07.01.0999	Narbenkompressionsbandage, Hand, nach Maß, flachstrick, Erst- und Folgeversorgung		Stück	00, 04	KVA	KVA			
<b>17.10.02.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression, Arm</b>								
17.10.02.0999	Narbenkompressionsbandage, Arm, nach Maß, flachstrick, Erst- und Folgeversorgung		Stück	00, 04	KVA	KVA			
<b>17.11.01.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression, Leib/Rumpf</b>								
17.11.01.0999	Maßanfertigung Narbenkompressionsbandage, Leib/Rumpf		Stück	00, 04	KVA	KVA			
<b>17.11.02.</b>	<b>Thorax-Lymphödem-Kompressionsbandage</b>								
<b>17.17.01.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression, Kopf</b>								
17.17.01.0999	Narbenkompressions-Maske, offen nach Maß		Stück	00, 04	KVA	KVA			
17.17.01.1	Keloid-Kompressionsschienen		Stück	00, 04	KVA	KVA			

17.17.02.0	Kopf-Lymphödem-Kompressionsbandage		<b>Stück</b>	00, 04	KVA	KVA			
<b>17.99.99.</b>	<b>Abrechnungspositionen</b>								
<b>17.99.99.0</b>	<b>Zubehör</b>						<b>Indikation / Bemerkung</b>	<b>ärztliche Verordnung</b>	
								<b>ja</b>	<b>nein</b>
17.99.99.0002	Kompressionspelotte inklusive Tasche, konfektioniert	FB	<b>Stück</b>	12	10,38	10,38	Lymphsee und Fibrosie- rung im retromalleola- ren Bereich	<b>x</b>	
<b>17.99.99.2</b>	<b>Abrechnungsposition für Zuschläge/Zusätze</b>								
17.99.99.2003	Komprimierendes Leibteil		<b>Stück</b>	12	22,60	23,17	<b>1x ansetzbar</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2004	Komprimierendes Zehenteil/Zehenkappe		<b>Stück</b>	12	236,88	242,80	Bei ödematösen Zehen und Fußrücken, <b>1x pro Strumpf ansetzbar.</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2006	Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe	FB	<b>Stück</b>	12	16,41	16,41	<b>1x pro Strumpf ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.99.99.2008	Haftrand	FB	<b>Stück</b>	12	3,49	3,49	Bei Oberschenkelver- sorgungen, ggf. auch bei Unterschenkel- versorgungen und Hosenvarianten erforderlich, bei Armver- sorgungen, ggf. bei Handschuhversorgun- gen erforderlich, <b>1x pro Strumpf ansetzbar.</b>		<b>x</b>
17.99.99.2009	Einbeinhosenteil (Beinring)		<b>Stück</b>	12	246,91	253,08	<b>1x ansetzbar</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2010	Handteil für Armstrümpfe mit Daumenöffnung		<b>Stück</b>	12	93,84	96,19	Bei ödematösen Fin- gern und/oder Handrücken,	<b>x</b>	
17.99.99.2011	Handteil für Armstrümpfe mit Daumenaufsatz		<b>Stück</b>	12	112,48	115,29	<b>1x pro Armstrumpf ansetzbar.</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2012	Handteil für Armstrümpfe mit Daumen und Fingern		<b>Stück</b>	12	226,10	231,75	Bei ödematösen Fingern und/oder Handrücken, <b>1x pro Armstrumpf ansetzbar.</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2013	Schulterbefestigung/Kappe für Armstrümpfe		<b>Stück</b>	12	27,43	28,12	<b>1x pro Armstrumpf ansetzbar</b>	<b>x</b>	

17.99.99.2014	Reißverschluss am Armstrumpf		<b>Stück</b>	12	29,62	30,36	Bei starken Umfangsdifferenzen; orthopädische/neurologische Nebenerkrankungen, Patienten mit Bewegungs- und Funktionseinschränkungen, bei Einsatz von Pelotten und Wundauflagen, <b>1x pro Armstrumpf ansetzbar.</b>		<b>x</b>
17.99.99.2015	Reißverschluss am Beinstrumpf		<b>Stück</b>	12	29,62	30,36	Bei starken Umfangsdifferenzen, Kalibersprüngen; Nebenerkrankungen wie z.B.: Inkontinenz, orthopädische/neurologische Erkrankungen, Adipositas, etc.; Ulcerationen, Patienten mit Bewegungs- & Funktionseinschränkungen; Bei Einsatz von Pelotten, Wundauflagen und Inkontinenzartikeln, <b>1x pro Strumpf ansetzbar.</b>		<b>x</b>
17.99.99.2016	Haftbandstücke, Haftpads		<b>Stück</b>	12	8,23	8,44	Ausgeprägte konische Beinform/ Armform; voluminöse, ödembehaftete Oberschenkel/ Oberarme, und/oder weiches Gewebe; starke Behaarung; trockene Haut, Empfindlichkeit im axillären Bereich; bei allen Versorgungsvarianten ggf. notwendig		<b>x</b>
17.99.99.2017	Hodensack (gilt auch für kompressives Suspensorium)		<b>Stück</b>	12	16,46	16,87	Genitallymphödem, <b>1x ansetzbar</b>	<b>x</b>	

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
 Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilbereich Flachstrickversorgung  
 vom 15.02.2020 (in der Fassung vom 01.04.2023)

17.99.99.2018	Eingriff	FB	<b>Stück</b>	12	8,28	8,28	<b>1x ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.99.99.2019	Schwangerschaftshosenteil		<b>Stück</b>	12	28,53	29,24	<b>1x ansetzbar</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2020	Stomaöffnung	FB	<b>Stück</b>	12	18,65	18,65	Stoma; PEG		<b>x</b>
17.99.99.2022	Bolero		<b>Stück</b>	12	50,48	51,74	Bei Unverträglichkeiten gegenüber anderen Befestigungssystemen wie Silikonhaftbändern oder Gurte.	<b>x</b>	
17.99.99.2023	Komprimierender Fingerling		<b>Stück</b>	12	KVA	KVA	<b>1x ansetzbar</b>	<b>x</b>	
17.99.99.2025	Geschlossene Fußspitze		<b>Stück</b>	12	9,33	9,56	Bei Zehen- und Fußfehlstellungen, aktive Patienten, <b>1x pro Seite ansetzbar.</b>		<b>x</b>
17.99.99.2026	Schräge Abschlüsse proximal, laterale Erhöhung, Überhöhung		<b>Stück</b>	12	16,46	16,87	Bei Lymph- u. Lipödem und deren Mischform erforderlich, <b>1x pro Seite ansetzbar.</b>		<b>x</b>
17.99.99.2027	Oberbeinerhöhung (ventrolaterale Erhöhung)		<b>Stück</b>	12	16,46	16,87	Bei voluminösen, ödembetonten Oberschenkel, und/oder weichem Gewebe; Ausgleich von deutlichem Längenunterschied zwischen G und K Messpunkt, <b>1x pro Strumpf ansetzbar.</b>		<b>x</b>
17.99.99.2028	Ellipse, anatomisch abgewinkelt Knie, Funktionszone Knie		<b>Stück</b>	12	19,75	20,24	Hautirritationen im Kniekehlenbereich; Kalibersprünge, Haut- bzw. Gewebeüberhang; sehr weiches Gewebe; arthrotische Veränderungen im Kniegelenk; Beugekontraktur; vorwiegend sitzender Tätigkeit, <b>1x pro Strumpf ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.99.99.2029	Funktionszone Ellenbogen, vermehrte Einkehren bei E (Arm)		<b>Stück</b>	12	17,56	18,00	Hautirritationen im Ellenbogenbereich; arthrotische		<b>x</b>



							Veränderungen im Ellenbogen; Beugekontraktionen, <b>1x pro Armstrumpf ansetzbar</b>		
17.99.99.2030	Y-Einkehr, T-Ferse, 90° Fuß, anatomisch abgewinkelter Fuß		<b>Stück</b>	12	17,56	18,00	Hautfalte bei Y; prominente Extensorensehne; große Umfangsdifferenz zwischen Messpunkten Y und B; vorwiegend sitzende Tätigkeit; <b>1x pro Strumpf ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.99.99.2031	Futterstoffe inklusive Taschen		<b>Stück</b>	12	32,28	33,09	Hautirritationen im Einsatzbereich, Pergamenthaut; Lokal verstärktes Ödem und/oder Fibrosierung im Einsatzbereich, ermöglicht exakte Positionierung von Pelotten		<b>x</b>
17.00.99.0001	BH-Klettverschluss		<b>Stück</b>		26,34	27,00	<b>1x ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.00.99.0002	Kompressionspelotte inklusive Tasche LYMPH		<b>Stück</b>	12	20,85	21,37	Lokal verstärktes Ödem und/oder Fibrosen im Einsatzbereich; Abweichungen vom anatomischen Standard; Weichteildefekte	<b>x</b>	
17.00.99.0003	Gurt Halterung		<b>Stück</b>	12	30,73	31,50	<b>1x pro Seite ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.00.99.0013	Distaler schräger Fußabschluss (Anatomischer Fuß)		<b>Stück</b>	12	14,26	14,62	Lymphödem, bei Zehen- und Fußfehlstellungen zwingend erforderlich, <b>1x pro Strumpf ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.00.99.0014	Schräger Abschluss Oberarm		<b>Stück</b>	12	17,56	18,00	<b>1x pro Seite ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.00.99.0016	Fixateur Öffnung		<b>Stück</b>	12	19,75	20,24			<b>x</b>
17.00.99.0017	Offener Schritt		<b>Stück</b>	12	7,68	7,87	<b>1x ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.00.99.0018	Horizontaler/Vertikaler Eingriff Hosenteil		<b>Stück</b>	12	23,04	23,62	<b>1x ansetzbar</b>		<b>x</b>
17.00.99.0019	Aufpreis für Silberbeschichtung AD		<b>Stück</b>	12	38,41	39,37	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0020	Aufpreis für Silberbeschichtung AF		<b>Stück</b>	12	53,77	55,11	Neurodermitis, Ulcus,	<b>x</b>	

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilbereich Flachstrickversorgung  
vom 15.02.2020 (in der Fassung vom 01.04.2023)

							Hauterkrankungen		
17.00.99.0021	Aufpreis für Silberbeschichtung AG		<b>Stück</b>	12	60,35	61,86	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0022	Aufpreis für Silberbeschichtung AT		<b>Stück</b>	12	121,80	124,85	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0023	Aufpreis für Silberbeschichtung CT		<b>Stück</b>	12	82,30	84,36	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0024	Aufpreis für Silberbeschichtung ET		<b>Stück</b>	12	53,77	55,11	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0025	Aufpreis für Silberbeschichtung CG/CH		<b>Stück</b>	12	13,72	14,06	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0026	Aufpreis für Silberbeschichtung AC Handschuh ohne Finger		<b>Stück</b>	12	4,02	4,12	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0027	Aufpreis für Silberbeschichtung AC Handschuh mit Finger		<b>Stück</b>	12	40,60	41,62	Neurodermitis, Ulcus, Hauterkrankungen	<b>x</b>	
17.00.99.0028	Mehraufwand für OP und/oder besondere Hygienische Anforderungen mit ausführli- cher ärztlicher Begründung			12	21,08	21,61	<b>maximal 3x je Versor- gungsfall abrechenbar</b>	<b>x</b>	
17.00.99.0029	Hausbesuch nur für lymphatische Versorgung			12	23,80	24,40	<b>nur 2x je Versor- gungsfall abrechenbar</b>	<b>x</b>	
17.00.99.0030	Aufschlagsatz			12	20 %	20 %			
17.00.99.0031	Arbeitszeit pro Minute			12	1,05	1,08			

Die vereinbarten Preise sind Netto-Preise (zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer).

**Anmerkung:** Sollte die AOK Anhaltspunkte erhalten, dass Zusätze, die keiner ärztlichen Verordnung bedürfen, unberechtigt angesetzt werden, ist die AOK berech-  
tigt eine ärztliche Verordnung einzufordern. Hilfsmittel, die keine Hilfsmittelnnummer haben und die nicht in dieser Preisliste aufgeführt sind, können nicht beantragt  
und abgerechnet werden.

## Anlage 4 Dokumentation der Beratung / Eigenerklärung zu Mehrkosten

Name, Vorname des Versicherten      Geburtsdatum des Versicherten

Anschrift des Versicherten

Versichertennummer

### Information für den Versicherten

#### Dokumentation der Beratung

Ich wurde über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten, aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten informiert und beraten.

Ich habe mich für eine aufzahlungsfreie Versorgung entschieden.

Ort, Datum      Unterschrift des Versicherten

#### Eigenerklärung des Versicherten zu Mehrkosten

- (1) Der Leistungserbringer hat mich in Kenntnis gesetzt, dass die mit meiner medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung in Zusammenhang stehenden notwendigen Kosten durch die AOK übernommen werden.
- (2) Wähle ich dennoch eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht (§§ 12, 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V), muss ich die Mehrkosten für das von mir gewählte Hilfsmittel sowie die möglichen Folgekosten, z. B. für Reparaturleistungen, selbst tragen.
- (3) Ich wurde darüber informiert, dass der Leistungserbringer von mir, mit Ausnahme der o. g. Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach § 33 Absatz 8 SGB V, keine Mehrkosten fordern darf.
- (4) Ich wurde über die Mehrkosten für das Hilfsmittel

(Bezeichnung des Hilfsmittels)

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Leistungserbringer diese Erklärung an die AOK weitergibt. Diese Angaben werden von der AOK ausschließlich zur Qualitätsprüfung verarbeitet und genutzt.

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchsberechtigten<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

**Anlage 5 Abtretungserklärung**

<b>Institutionskennzeichen des Leistungserbringers</b>	<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"/>
<b>Name und Anschrift des Leistungserbringers</b>	_____ _____
<b>Institutionskennzeichen des Abrechnungszentrums</b>  (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"/>
<b>Name und Anschrift des Abrechnungszentrums</b>	_____ _____
<b>Beginn der Abrechnung</b>  (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"/>
<b>Ende der Abrechnung</b>  (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"/>

**Mit dem aufgeführten Abrechnungszentrum wurde Nachstehendes vereinbart:**

**1. Schuldbefreiungserklärung**

Das benannte Abrechnungszentrum hat von dem 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 bis zur Höhe der vertraglich vereinbarten Beträge an das beauftragte Abrechnungszentrum ab. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter dem Vorbehalt einer sachlichen 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 Leistungserbringers 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 Abrechnungszentrums mehr besteht. Das Abrechnungszentrum ist Erfüllungsgehilfe des Leistungserbringers (§ 278 Bürgerliches Gesetzbuch).

Bestätigung der Angaben:

---

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

**Anlage 5a Vollmacht**

<b>Institutionskennzeichen des Leistungserbringers</b>	<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"/>
<b>Name und Anschrift des Leistungserbringers</b>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/>
<b>Institutionskennzeichen des bevollmächtigten Abrechnungszentrums</b> <small>(dieses ist beim Abrechnungszentrum zu erfragen)</small>	<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"/>
<b>Name und Anschrift des Abrechnungszentrums</b>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/>
<b>Beginn der Abrechnung</b> <small>(Angabe des Datums aus dem Vertrag)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Ende der Abrechnung</b> <small>(Angabe nur bei Probeabrechnung bzw. befristetem Vertrag notwendig)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Mit dem aufgeführten Abrechnungszentrum wurde Nachstehendes vereinbart:**

**1. Schuldbefreiungserklärung**

Das benannte Abrechnungszentrum hat von dem unterzeichnenden Leistungserbringer den Auftrag erteilt bekommen, alle von der AOK zu zahlenden Beträge für Rechnungen, die von dem Abrechnungszentrum eingereicht wurden, ausschließlich für Rechnung des unterzeichnenden Leistungserbringers einzuziehen. Der Leistungserbringer bleibt Rechtsinhaber der einzuziehenden Forderungen. Die Zahlung der AOK an das beauftragte Abrechnungszentrum hat schuldbefreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer.

**2. 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.

### 3. Datenschutz

Das Abrechnungszentrum verpflichtet sich, die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten und personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der Weisung des Leistungserbringers 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 Abrechnungszentrums mehr besteht. Das Abrechnungszentrum ist Erfüllungsgehilfe des Leistungserbringers (§ 278 BGB).

Bestätigung der Angaben:

---

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

## Anlage 6 Eigenerklärung

### Eigenerklärung zur Erfüllung der Vertragsvoraussetzungen für Leistungserbringer zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Teilbereich Flachstrickversorgung, Produktgruppe 17 des Hilfsmittelverzeichnis

---

Name des Leistungserbringers

---

Straße, PLZ, Ort

---

Institutionskennzeichen (IK)

#### Fachliche Anforderungen an die an der Versorgung direkt beteiligten Mitarbeiter/-innen<sup>1</sup>

Voraussetzung für die Abgabe von Flachstrick- und Narbenkompressionsartikeln ist über die allgemeinen medizinischen Kenntnisse und die regelmäßige Fortbildung hinaus der Nachweis einer zertifizierten Fortbildung im Bereich Maßanfertigung der PG 17 zur lymphatischen Versorgung (zertifiziert nach IQZ - Institut für Qualitätssicherung und Zertifizierung, Schliepstr. 6-8, 44135 Dortmund). Die Fortbildungsmaßnahme muss allgemein anerkannt sein (z.B. Bundesfachschule für Orthopädietechnik, Dortmund) und ist mind. alle 3 Jahre zu erneuern (z.B. anhand von sogenannten Refresher-Kursen).

Bitte tragen Sie die Namen der Mitarbeiter ein, die die vorstehenden Voraussetzungen erfüllt haben:

Name, Vorname des Mitarbeiters	Unterschrift des Mitarbeiter

Folgende Nachweise sind bitte vollständig beizufügen:

- je eine Kopie der zertifizierten Fortbildung – zertifiziert nach IQZ, Institut für Qualitätssicherung und Zertifizierung – für die oben genannten Mitarbeiter

---

<sup>1</sup> Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 16a SGB V zum Zwecke der Prüfung der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V erhoben und verarbeitet. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder unseren Datenschutzbeauftragten unter der Telefonnummer 0800 2650800 bzw. per E-Mail [Datenschutz-Service@nordost.aok.de](mailto:Datenschutz-Service@nordost.aok.de)



### **Erklärung des Leistungserbringers**

Ich/Wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen werde(n) ich/wir die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse unverzüglich schriftlich informieren. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Beendigung des Vertrages führen können.

Die Nachweisführung dient dem Abschluss von Verträgen gem. § 127 SGB V zur Versorgung der Versicherten der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Soweit vertragliche Anforderungen gestellt werden, die zusätzlich zu den o. g. Empfehlungen erfüllt werden müssen, sind diese ergänzend nachzuweisen.

---

Ort, Datum                      Unterschrift/ Stempel des Leistungserbringers