

**Vertrag
nach § 127 Abs. 1 SGB V**

zwischen

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

und

Landesinnung Bayern für Orthopädie-Technik
Karl-Theodor-Str. 55
80803 München

über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten

AC/TK 15 02124

in der Fassung vom 11.07.2023

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Ärztliche Verordnung	5
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag	6
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität.....	7
§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen.....	8
§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz.....	9
§ 10 Vergütung / Abrechnung	10
§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen	12
§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten.....	13
§ 13 Werbung	14
§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen	14
§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages.....	15
§ 16 Schlussbestimmung.....	16
Anlage 1a Qualitäts- und Dienstleistungsstandards	17
Anlage 1b Beschreibung - Versorgungsprozess.....	19
Anlage 2 Preisvereinbarung.....	24
Anlagen 2a bis 2j Preisvereinbarung und Leistungsbeschreibung.....	25
Anlage 3 Profilerhebungsbogen.....	26
Anhang 1 (Maßblatt nach Fußamputation).....	29
Anhang 2 (Maßblatt nach Unterschenkelamputation)	30
Anhang 3 (Maßblatt nach Knieexartikulation).....	31
Anhang 4 (Maßblatt nach Oberschenkelamputation)	31
Anhang 5 (Maßblatt nach Hüftexartikulation).....	33
Anlage 4 Versorgungsdokumentation.....	34
Anlage 5 Abgabe-Checkliste	35
Anlage 6 Empfangsbestätigung.....	36
Anlage 7 Inhalte der vergleichenden Videodokumentation für elek. ges. Knieg.systeme.....	37
Anlage 8 Einverständniserklärung zur Erstellung und Weitergabe einer Bild- und / oder Videodokumentation an die AOK Bayern	38
Anlage 9 Mehrkostenerklärung des Versicherten	39
Anlage 10 Werbung	40
Anlage 11	41
Beitrittserklärung	41

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in den Anlagen 2b bis 2i benannten Hilfsmitteln der Produktuntergruppe PG24 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.

Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

Anlage 1a	Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 1b	Beschreibung Versorgungsprozess
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlagen 2a – 2i	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2j	Leistungsbeschreibung
Anlage 3	Profilerhebungsbogen
Anhänge 1-5	Maßblätter der unterschiedlichen Amputationsniveaus
Anlage 4	Versorgungsdokumentation
Anlage 5	Abgabe-Checkliste
Anlage 6	Empfangsbestätigung
Anlage 7	Inhalte der vergleichenden Videodokumentation für elektronisch gesteuerte Kniegelenke
Anlage 8	Einverständniserklärung zur Erstellung und Weitergabe einer Bild- und/oder Videodokumentation
Anlage 9	Mehrkostenerklärung des Versicherten
Anlage 10	Werbung
Anlage 11	Beitrittserklärung

§ 2 Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für
 - a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern),
 - b) die Landesinnung Bayern für Orthopädie-Technik (nachfolgend LIOT),
 - c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 11)
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungsleistungen mit den in den Anlagen 2b bis 2h aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in den Anlagen 2b bis 2i des Vertrages aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, dass der AOK Bayern unverzüglich vorgelegt wird.

2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.
3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 1 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.
4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 1 Satz 5 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.
5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Bayern unverzüglich mit.
6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen neben der Einweisung und Instandhaltung insbesondere die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nichtimplantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV) und das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten Vergütungen abgegolten.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten.
2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPDG und der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.
4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die einschlägigen medizinprodukterechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen, sowie das Arbeitsschutzgesetz und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem, soweit zutreffend unter Beachtung der Anforderungen der Medical Device Regulation (MDR). Ist das Qualitätsmanagementsystem durch eine von der nationalen Akkreditierungsstelle (Verordnung (EG) Nr. 765/2008) akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft oder einer benannten Stelle nach der MDR geprüft und abgenommen, gilt dieses als geeignet. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten Vergütungen abgegolten.

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

§ 5 Ärztliche Verordnung

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
3. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert die AOK Bayern für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.
4. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
5. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
6. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).
7. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 6 vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.
 - a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.
 - b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer ergänzt werden.
 - c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.

8. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.
9. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.
10. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für Leistungen nach dem SGB XIV - Soziale Entschädigung angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die zuständige Unfallkasse des Landes. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.
2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK Bayern auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in den Anlagen 2b bis 2i vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlagen 2b bis 2i von der AOK Bayern widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK Bayern kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerungen oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.
3. Ist gemäß der vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden. Die elektronische Übermittlung ist nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V verpflichtend.
4. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus den Anlagen 2b bis 2i angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.

5. Anfragen der AOK Bayern beantwortet der Leistungserbringer zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Hiervon ausgenommen sind Leistungen, die beim Leistungserbringer einen zusätzlichen und über die vereinbarte Leistung hinausgehenden Dokumentationsaufwand verursachen (z.B. Videodokumentationen, zusätzliche Passteiltests, welche über den festgelegten Rahmen dieses Vertrages hinausgehen). Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Beschreibung des Versorgungsprozesses gemäß der Anlage 1b ist zu beachten. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete mehrkostenfreie Versorgung anzubieten. Hierdurch wird das Maß des Notwendigen unter Beachtung der ärztlichen Verordnung festgelegt, mithin die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse produktspezifisch konkretisiert.
2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 5 Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems mehrkostenfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Auf Wunsch des Versicherten können auch Hilfsmittel mit Mehrkostenangeboten werden. Wählt der Versicherte kein mehrkostenfreies Hilfsmittel oder eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten und die Höhe der Mehrkosten sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 9) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 9) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 9 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung.
4. Für die Abgabe der Hilfsmittel nach den Anlagen 2b bis 2i gilt die Leistungsbeschreibung gemäß der Anlage 2j, die sich am Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB in der jeweils gültigen Fassung orientiert. Bei diesen Versorgungsleistungen sind die Prothesenmodule, Schaftformen und Stumpfbettungen individuell zu ermitteln und nach aktuellen medizinischen und orthopädie-technischen Gegebenheiten, dem Stand der Technik und den medizinprodukterechtlichen Vorgaben sowie Herstellerangaben zu wählen. Hierzu zählt insbesondere auch die Kennzeichnungspflicht, nach der Prothesen der unteren Extremität nach Maßgabe der Vorschriften der MDR und des MPDG dauerhaft und gut lesbar (u. a. mit Angabe des Monats und des Jahres der Abgabe, Hersteller, Name des Versicherten) zu kennzeichnen sind.
5. Die Abgabe des Hilfsmittels erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der AOK Bayern. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, können mit dem Versicherten einvernehmlich längere Lieferfristen vereinbart werden.
6. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 4 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.

7. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert er mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet ab dem Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.
7. Abhängig vom Produkt ist unter Beachtung der Herstellervorgaben und des MPDG sowie bei Nachlieferungen von Verbrauchshilfsmitteln ein Versand zulässig.
8. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.
9. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.
10. Der Leistungserbringer setzt - soweit möglich - herstellerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie die MDR.
11. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).
12. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Der zuständige Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

§ 8 Instandhaltung / Instandsetzung / Reparaturen

1. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen. Instandhaltungsmaßnahmen sind Wartungen nach Herstellervorgaben sowie – soweit zutreffend – sicherheits- und messtechnische Kontrollen. Der Leistungserbringer gewährleistet die Instandhaltung und die Instandsetzung für die gelieferten Hilfsmittel. Der Leistungserbringer setzt für Instandsetzungen und Instandhaltungen ausschließlich Mitarbeiter ein, die die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV erfüllen.
2. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Soweit Gewährleistungs- oder Garantieansprüche bestehen, besteht keine Vergütungspflicht der AOK Bayern. Der zuständige Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch durch den Versicherten zurückzuführen ist.
3. Die Ausführung von Reparaturen bedarf der Genehmigung der AOK Bayern. Ausgenommen davon sind Reparaturen bis zu einem Betrag von 400,00 Euro zzgl. Mehrwertsteuer, sofern die Reparaturkosten ohne MwSt. 70 % des vertraglich vereinbarten Nettopreises für das Hilfsmittel nicht übersteigen. Bei unaufschiebbaren, genehmigungspflichtigen Reparaturen kann der Leistungserbringer die Durchführung mit dem zuständigen Fachbereich Hilfsmittelgenehmigung der AOK Bayern vorab telefonisch klären. Die AOK Bayern kann Reparaturen jederzeit überprüfen und, insbesondere bei Gewährleistungs- oder Garantieansprüchen, zu Unrecht abgerechnete Kosten zurückfordern. Ein entsprechender Nachweis ist hier zu führen.

4. Sofern ein Hilfsmittel durch Vorgabe des Herstellers nur durch den Hersteller selbst Instand gesetzt und / oder gehalten werden darf, berechnet der Leistungserbringer der AOK Bayern die ihm vom Hersteller tatsächlich berechneten Kosten zuzüglich der in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten prozentualen oder pauschalen Aufschläge. Der Leistungserbringer weist die Aufwendungen des Herstellers mittels Rechnung bei der Abrechnung genehmigungsfreier Instandsetzungen nach. Bedarf die Instandsetzung der vorherigen Genehmigung, übermittelt der Leistungserbringer den Kostenvoranschlag des Herstellers zusammen mit seinem Kostenvoranschlag an die AOK Bayern.
5. Können Instandsetzungen, die der Leistungserbringer gemäß Absatz 1 gewährleistet hat, nicht sofort ausgeführt werden und ist dem Versicherten der Verzicht auf das Hilfsmittel nicht zumutbar, stellt der Leistungserbringer ein adäquates und dem medizinisch notwendigen Bedarf entsprechendes Hilfsmittel aus seinem Bestand für die Dauer der Reparatur zur Verfügung. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2b bis 2h vereinbarten Vergütungen abgegolten. Satz 1 gilt nicht bei teilkonfektionierten oder individuell hergestellten Hilfsmitteln oder Sonderanfertigungen.

§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz

1. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die AOK Bayern.
3. Sowohl die Gewährleistung als auch die Garantie und die daraus resultierenden Wartungs- und Serviceintervalle beginnen mit der Übergabe der Prothese an den Versicherten.
4. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Leistungserbringers die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
5. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen.
6. Der Leistungserbringer hat die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Leistungserbringers entstehen.
7. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.
8. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, der AOK Bayern die Veräußerung seines Betriebs, die Betriebsaufgabe oder die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Bayern auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Bayern umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK Bayern zu übermitteln.

§ 10 Vergütung / Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf beleglesefähigem Standardpapier zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen.
2. Die Vergütung ist in den Anlagen 2b bis 2i geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.
4. Mit der Vergütung nach den Anlagen 2b bis 2i sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüberhinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
7. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungsleistungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
8. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Weist die 10-stellige Hilfsmittelnummer kein konkretes Einzelprodukt aus, sind bei der Abrechnung zusätzlich der Hersteller und die Artikelnummern oder die PZN des Produktes im Textfeld anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tarifkennzeichen 15 02124) zwingend erforderlich.
9. Bei genehmigten Hilfsmitteln sind die Daten der Genehmigung für die Abrechnung entsprechend zu übernehmen und das Genehmigungskennzeichen anzugeben.
10. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.

11. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellung nach den jeweiligen Positionen den Anlagen 2b bis 2i entsprechend den aktuellen Richtlinien des GKV Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB 5 und deren Anlage 5 (Inhalt der Urbelege) zu enthalten. Für Abrechnungen ohne Verordnungsblätter sind alle in der Anlage benannten abrechnungsbegründenden oder abrechnungsrelevanten Unterlagen mit Rechnungs- und Belegnummer und Institutionskennzeichen zu kennzeichnen. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese verordnungsrelevanten Daten der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind verordnungsrelevante Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist in diesen Fällen unzulässig. Sind jedoch abrechnungsrelevante Korrekturen erforderlich, darf dies durch die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten für die Abrechnungsfelder Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nummer, Faktor und Taxe erfolgen. Im Feld Apotheken-Nummer / IK muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.
12. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen der jeweiligen Betriebsstätte möglich, die die Leistung erbracht hat. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund unzutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
13. Die AOK Bayern begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
14. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.
15. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten Preise kann die AOK Bayern dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 14 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 14. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.
16. Kann das individuell herzustellende Hilfsmittel nicht fertiggestellt oder abgeholt werden (z. B. bei Nachamputationen oder dem Tod des Versicherten oder Nichtabholung) und kann deshalb der Empfang nicht bestätigt werden, ist eine Abrechnung der erbrachten (Teil-)Leistung nur mit einer erneuten Genehmigung durch die AOK Bayern möglich. In diesen Fällen reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag mit detaillierter Kalkulation der bis dahin erbrachten Leistungen zur Genehmigung bzw. Genehmigungskorrektur ein und hält das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die AOK Bayern bereit (vgl. auch Anlage 1a Beschreibung Versorgungsprozess Beinprothesen). Die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung und ggf. mit ihm vereinbarten Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

17. Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche des Leistungserbringers ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.

§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass seine Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden.
2. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekanntwerdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt.
3. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften der EU-DSGVO, der maßgebenden LDSG und des BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
4. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis).
6. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekanntwerdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
7. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK Bayern unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
8. Die Vertraulichkeitsverpflichtung und die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner Mitarbeiter bestehen auch über das Vertragsende dauerhaft fort.
9. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch dessen Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.

10. Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht realisierte vertragsärztliche Verordnungen oder Kostenübernahmeerklärungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungsleistungen an die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen, die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Rezeptsammelstellen in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungsleistungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist unter anderem anzunehmen, wenn
 - aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgungsleistung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
 - die konkret benötigte Versorgungsleistung nicht im Vorfeld planbar ist und
 - der Versicherte die Versorgungsleistung nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
 - der Versicherte unmittelbar nach der Versorgungsleistung wieder nach Hause geht, also nicht stationär in einem Krankenhaus verbleibt.
3. Eine Notfallversorgung im Sinne des Absatzes 2 ist bei der Abgabe von Prothesen nicht möglich und daher unzulässig.
4. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgungsleistung mit Hilfsmitteln beteiligen.
5. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Versorgungsleistungen, die im Rahmen der Versorgungsleistung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.
6. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Ordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.
7. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

§ 13 Werbung

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen. Näheres ist in der Anlage 10 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit mehrkostenfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 7 SGB V zu übermitteln.
2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die AOK Bayern das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die AOK Bayern kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann ihn die AOK Bayern bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 4 außerordentlich kündigen.
4. Die AOK Bayern räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.
5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
 - a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
 - c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 und 4
 - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
 - e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
 - f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3,
 - g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2),
 - h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 4 bis 7)
 - i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung

- j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
 - l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbetrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Bruttorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.
 7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).
 8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 14.08.2023 in Kraft. Für genehmigungsfrei abrechenbare Hilfsmittel ist der Zeitpunkt der Abgabe maßgebend; bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln der Tag der ärztlichen Verordnung. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2025 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.
3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlagen 2b bis 2i) kann von der AOK Bayern oder der vertragsschließenden Landesinnung Bayern für Orthopädie-Technik mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, erstmals zum 30.09.2024 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 16 Schlussbestimmung

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

München, 11.07.2023

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

München, 11.07.2023

Landesinnung Bayern für Orthopädie-Technik

Anlage 1a Qualitäts- und Dienstleistungsstandards zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

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

Der Leistungserbringer stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der AOK Bayern betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Dieses hat er wenigstens über die von ihm gewählten Hersteller gemäß § 7 Abs. 1 zu gewährleisten. Auf Verlangen der AOK Bayern legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

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

Der Leistungserbringer hat die umgehende Abwicklung von unaufschiebbaren Änderungen und Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen sowie Gewährleistungen sicherzustellen, auch wenn er an weniger als fünf Wochentagen für die Versicherten der AOK Bayern erreichbar ist. Auf Verlangen der AOK Bayern hat der Leistungserbringer den Nachweis der Sicherstellung zu führen. Erfolgt dabei die Sicherstellung durch Unterauftragsverhältnisse, führt der Unterauftragnehmer den Nachweis seiner Eignung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V. Für Instandsetzungen und Instandhaltungen erfüllt der Unterauftragnehmer die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Leistungserbringer und dem Unterauftragnehmer so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen der AOK Bayern und dem Leistungserbringer entsprechen. Unterauftragnehmer, die durch den Leistungserbringer zur Erbringung seiner vertraglichen Leistungen aufgrund dieser Vereinbarung eingesetzt werden, unterliegen den gleichen Rechten und Pflichten wie eigene Mitarbeiter des Leistungserbringers und sind vom Leistungserbringer hierauf vertraglich zu verpflichten. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen oder sonstige Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

Die Prothesenversorgungen haben den zur Bauzeit geltenden Richtlinien und Versorgungskriterien der Orthopädietechnik und dem Hilfsmittelverzeichnis zu entsprechen.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass eine individuelle Beinprothese als Leistung in eigener Werkstatt erbracht wird. Beinprothesen, die in kompletter Fremd/Servicefertigung erstellt werden, sind nicht über die im Vertrag enthaltenen Positionen abbildbar.

Soweit zutreffend, nimmt der Leistungserbringer in der Regel innerhalb von 48 Stunden (Samstage, Sonntage und Feiertage bleiben unberücksichtigt) nach der Genehmigung der Versorgung durch die AOK Bayern Kontakt zu dem Versicherten zur Planung des Versorgungsbeginns auf. Der Leistungserbringer informiert den Versicherten - soweit erforderlich - über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

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

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation / Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, körperliche Einschränkungen beim Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen und soweit erforderlich das soziale Umfeld.

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

Mechatronische Prothesenbauteile dürfen von dem Leistungserbringer nur abgegeben werden, wenn dieser über eine zum Versorgungszeitpunkt gültige Herstellerzertifizierung (Re-Zertifizierung) verfügt.

Anlage 1b Beschreibung - Versorgungsprozess zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

1. Bei Versorgungen nach Beinamputationen sowie die ggf. daran anschließende Definitivversorgungen wird zunächst der Mobilitätsgrad gemäß des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V beurteilt, der wie folgt definiert ist:

0 = nicht gehfähig

1 = Innenbereichsgeher

2 = eingeschränkter Außenbereichsgeher

3 = uneingeschränkter Außenbereichsgeher

4 = uneingeschränkter Außenbereichsgeher mit besonders hohem Anspruch

Profilerhebungsbogen für die Versorgung mit Beinprothesen (Anlage 3).

I. Interimsversorgung

- 1) Im Anschluss an eine Amputation und nach Abschluss der Wundheilung wird zur Konsolidierung der Stumpfverhältnisse zunächst eine Interimsprothese gefertigt. Die Interimsphase beträgt in der Regel 6 Monate und beginnt mit der ersten dynamischen Anprobe. Sie kann im Ausnahmefall auf Antrag, ergänzt durch eine ausführliche fachliche Begründung, mit der entsprechenden Position verlängert werden.
- 2) Stumpfkompromierende Maßnahmen vor der Prothesenversorgung gehören nicht zu den Leistungen dieser Anlage. Diese sind grundsätzlich durch Ärzte im Rahmen der stationären Behandlung oder der Rehabilitation zu erbringen. Alternativ können bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit Kompressions-Stumpfstrümpfe oder Kompressionshüllen aus Silikon ärztlich verordnet werden.
- 3) Die Interimsprothese wird nach dem derzeit üblichen Standard gemäß Hilfsmittelverzeichnis gefertigt. Die Bauteile werden bei Bedarf ohne Mehrkosten ausgetauscht. Dies dient dem Passteiltest für die Definitivprothese. Die Interimsprothese und alle hierfür verwendeten Bauteile verbleiben im Eigentum des Leistungserbringers bzw. des Herstellers.
- 4) Die Interimsphase ist auf einen Zeitraum von 6 Monaten begrenzt und beinhaltet die Begleitung der Stumpfkonsolidierungsphase sowie das Erlernen des Stehens und Gehens mit der Prothese (1. Intervall). Im Rahmen dieser 6 Monate werden die Fortschritte des/der Betroffenen ermittelt und bewertet. Werden in der Interimsphase Fortschritte erkannt, die dem Versicherten durch die Ausstattung mit einem höherwertigen Funktionsteil inkl. Strukturteile (2. Intervall) wesentliche Gebrauchsvorteile bieten, kann ein alternatives Funktionsteil inkl. Strukturteile zum Einsatz gebracht werden. Ein alternatives Funktionsteil inkl. Strukturteile kann frühestens vier Wochen nach Beginn und spätestens vier Wochen vor Ablauf der 6-monatigen Interimsphase getestet werden.
- 5) Der Leistungserbringer zeigt der AOK Bayern den Beginn der Interimsphase und ggf. den Beginn der Testung mit einem weiteren Funktionsteil jeweils mittels elektronischen Kostenvorschlags an. Die Genehmigung der Interimsversorgung durch die AOK Bayern kann (soweit die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind) unterstellt werden, wenn
 - a) die Interimsprothese nicht mit elektronisch gesteuerten Funktionsteilen ausgestattet werden soll und
 - b) nur die in den Anlagen 2b bis 2i angegebenen möglichen Zusätze bis zur jeweiligen Genehmigungsfreigrenze verwendet werden.
- 6) Sofern eine Verlängerung der Interimsphase aus Gründen verzögerter Rehabilitationsfortschritte erforderlich ist, beantragt der Leistungserbringer diese vier Wochen vor Ablauf der Interimsphase. Die Verlängerung der Interimsphase erfolgt dabei für einen Zeitraum von 3 Monaten. Hierfür kann der Leistungserbringer die in den Anlagen 2b bis 2i entsprechend aufgeführte Position zum Ansatz bringen.
- 7) Wird vor Ablauf der zwei Wochen zum Ende der Interimsphase von dem Leistungserbringer

kein Antrag auf Definitivversorgung oder Verlängerung der Interimsphase gestellt, so sind sich die Vertragspartner einig, dass sich die Interimsphase automatisch um den Verzögerungszeitraum zzgl. der zwei Wochen Antragsfrist verlängert. Es können hierfür keine gesonderten Kosten geltend gemacht werden.

- 8) Erfolgt die Genehmigung der Verlängerung der Interimsphase nach Ablauf der Interimsphase nicht, sind die zusätzlich anfallenden Kosten durch die AOK Bayern zu erstatten.
- 9) Bei einer Interimsversorgung ist grundsätzlich keine formgebende Prothesenverkleidung (Kosmetik) erforderlich. Sollte diese im Einzelfall dennoch angefertigt werden müssen, ist dies im Voraus per Kostenvoranschlag zu beantragen und zu begründen.
- 10) Im Rahmen der Anpassung der Interimsprothese ermittelt der Leistungserbringer anhand des Profilerhebungsbogen (Anlage 3) das zu diesem Zeitpunkt erreichte Aktivitätsniveau und leitet den voraussichtlich zu erzielenden Mobilitätsgrad davon ab.
- 11) Wird festgestellt, dass der Versicherte während der Interimsphase nicht dauerhaft mit einer Prothese zu versorgen ist (Mobilitätsgrad 0), behält er die Interimsprothese als Transferprothese. In diesem Fall kann die Fertigstellung der Transferprothese durch Anbringen eines definitiven kosmetischen Formausgleiches erfolgen. Die verwendeten Leihpassteile müssen durch definitive Bauteile ersetzt werden. Dies ist mit einem Nachtrag zum bestehenden Kostenvoranschlag entsprechend zu begründen und zu beantragen.
- 12) Ein Abbruch der Versorgung oder Wechsel auf einen anderen Leistungserbringer ist nur bei ausdrücklichem und begründetem Wunsch des Versicherten oder des Leistungserbringers möglich. In diesen Fällen reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag auf Basis des entsprechenden Fertigungsstands bzw. der erbrachten Leistungen/Teilleistungen zur Genehmigung ein (Listung der Einzelpositionen).
- 13) Nach Auslieferung der Interimsprothese müssen mindestens 3 Kontrolltermine in zeitlich sinnvollen Intervallen erfolgen. Diese sind in der Versorgungsdokumentation zu dokumentieren. Vor und im Verlauf der Interimsphase ist vom Leistungserbringer mit dem behandelnden Arzt zu prüfen, ob der Versicherte sinnvoll prothetisierbar ist. Führt die Prothese nicht zu einer Mobilitätsverbesserung, sind der weiterbehandelnde Arzt und die AOK Bayern darauf hinzuweisen, dass keine Definitivversorgung vorzunehmen ist.
- 14) Zu Beginn der Interimsphase kann bei Bedarf ein temporärer Klarsichtschaff gefertigt werden. Im weiteren Verlauf ist in jedem Fall für die Interimsprothese ein Schaff in Gießharztechnik oder ein überlaminiertes Kunststoffschaff in Modularbauweise, soweit erforderlich mit Interimskosmetik, zu fertigen.
- 15) Die Auswahl der notwendigen Versorgung und der Funktionsteile inkl. Strukturteile ist in den Anlagen 2b bis 2i aufgeführt und liegt grundsätzlich - unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit - in der Verantwortung des Leistungserbringers. Die Überprüfung der festgelegten Mobilitätsgrade behält sich die AOK Bayern vor.
- 16) Der Leistungserbringer übernimmt bei Interimsversorgungen eine Passformgarantie von jeweils 6 Monaten. Diese Passformgarantie (auch bei Gewichtsveränderungen) beginnt mit dem Datum der ersten dynamischen Anprobe, bei der dem Versicherten die Prothese überlassen (Unterschrift des Versicherten auf der Empfangsbestätigung (Anlage 6) wird).
- 17) In den Preisen für die Interimsprothesen sind die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Dienst- und Serviceleistungen für den Zeitraum der Passformgarantie enthalten, d.h. Beratung, Montage, Anpassung, Einweisung und Prothesengebrauchsschulung (keine Gehschule - Leistungsumfang von Reha oder AHB), Wartung und Reparaturen.
- 18) Die Passformgarantie gilt nicht in Fällen, in denen sich das Krankheitsbild des Versicherten stumpfbeeinflussend (z.B. Nachamputationen) geändert hat oder bei Umfangmaßveränderungen von mehr als 5 % beim Unterschenkel und beim Oberschenkel eingetreten sind. Mindestens zwei benachbarte Umfangmaße unterhalb der Schafteintrittsebene (5 cm Abstand) müssen die vorgenannte prozentuale Abweichung aufweisen. Bei kurzen Stümpfen, deren Stümpflänge im proximalen Drittel des Extremitätenabschnittes liegen, ist ein Umfangmaß ausreichend. Wurde eine Nachamputation erforderlich, beginnt eine neue Interimsphase. Neuversorgungen auf Grund von Umfangmaßveränderungen sind gesondert zu begründen.

- 19) Die Passformgarantie gilt auch in den Fällen, in denen der Versicherte nicht durchgehend durch den gleichen Leistungserbringer versorgt wird. Kann die Betreuung innerhalb der Interimsphase infolge eines Umzuges des Versicherten über 100 Straßenkilometer nicht lückenlos durch den versorgenden Leistungserbringer erfolgen, stellt dieser die Fortführung der Betreuung des Versicherten durch einen anderen Vertragspartner sicher. Die Modalitäten hierfür regeln die Leistungserbringer unter sich.
- 20) Verstirbt der Versicherte vor Abgabe der Interimsversorgung bzw. wird diese aus anderen Gründen nicht erforderlich und wurde nach Gipsabdruck mit der Fertigung begonnen, wird der Aufwand mit 65% der Vertragssätze (ausgenommen Funktionsteile, die je nach Phase der Versorgung voll oder gar nicht vergütet werden) vergütet.

II. Definitiv- und Folgeversorgung

1. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass der Antrag für die sich an die Interimsphase anschließende Versorgung mit einer Definitivprothesen mindestens zwei Wochen vor Ablauf der Interimsphase erfolgt. Sollte für die anschließende Definitivprothese die Versorgung mit einem elektronischen Funktionsteil in Erwägung gezogen werden, ist dem Antrag eine entsprechende Dokumentation der wesentlichen Gebrauchsvorteile beizufügen. Die Forderung zur Erprobung eines weiteren alternativen elektronischen Funktionsteiles durch die AOK Bayern verursacht einen entsprechenden Mehraufwand, der in den Anlagen 2b bis 2i geregelt ist und nur für diesen Fall während der Interimsphase zusätzlich angesetzt werden kann.
2. Ist zur endgültigen Abklärung des Leistungsantrages für die Definitivprothese durch die AOK Bayern eine Verlängerung der Interimsphase erforderlich, teilt sie dies dem Leistungserbringer vor Ablauf des 6-Monats-Zeitraums mit. Die Verlängerung der Interimsphase erfolgt dabei für einen Zeitraum von 3 Monaten. Hierfür kann der Leistungserbringer die unter in den Anlagen 2b bis 2h entsprechend aufgeführte Position zum Ansatz bringen.
3. Erfolgt die Genehmigung der beantragten Definitivversorgung nach Ablauf der Interimsphase nicht, sind die zusätzlich anfallenden Kosten durch die AOK Bayern zu erstatten.
4. Zu Beginn und während des Verlaufs der Fertigung der an die Interimsversorgung anschließenden ersten Definitivversorgung ermittelt der Leistungserbringer anhand des Profilerhebungsbogen (Anlage 3) das zu diesem Zeitpunkt erreichte Aktivitätsniveau und leitet den voraussichtlich zu erzielenden Mobilitätsgrad davon ab. Der Profilerhebungsbogen ist zur Beantragung der Definitivversorgung erforderlich. Bei der Festlegung des Mobilitätsgrades sollte ein realistischer Zeitraum berücksichtigt werden, der nicht länger als 6 Monate in die Zukunft reicht.
5. Die Auswahl der notwendigen Versorgung und der Funktionsteile inkl. Strukturteile ist in den Anlagen 2b bis 2i aufgeführt und liegt grundsätzlich - unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit - in der Verantwortung des Leistungserbringers. Die Überprüfung der festgelegten Mobilitätsgrade behält sich die AOK Bayern vor.
6. Der Leistungserbringer übernimmt bei Definitivversorgungen und Schafterneuerungen eine Passformgarantie von jeweils 6 Monaten. Diese Passformgarantie (auch bei Gewichtsveränderungen) beginnt mit dem Datum der ersten dynamischen Anprobe, bei der dem Versicherten die Prothese überlassen (Unterschrift des Versicherten auf der Empfangsbestätigung (Anlage 6)) wird. Sofern die Erstversorgung vor Ablauf von 6 Monaten nach Abgabe der Interimsprothese durchgeführt wird, verlängert sich die Passformgarantie für die Definitivversorgung entsprechend auf zusammen max. 12 Monate.
7. Die Passformgarantie gilt nicht in Fällen, in denen sich das Krankheitsbild des Versicherten stumpfbeeinflussend (z.B. Nachamputationen) geändert hat oder bei Umfangmaßveränderungen von mehr als 5 % beim Unterschenkel und beim Oberschenkel eingetreten sind. Mindestens zwei benachbarte Umfangmaße unterhalb der Schafteintrittsebene (5 cm Abstand) müssen die vorgenannte prozentuale Abweichung aufweisen. Bei kurzen Stümpfen, deren Stümpflänge im proximalen Drittel des Extremitätenabschnittes liegen, ist ein Umfangmaß ausreichend. Wurde eine Nachamputation erforderlich, beginnt eine neue Interimsphase. Neuversorgungen auf Grund von Umfangmaßveränderungen sind gesondert zu begründen.

8. Die Passformgarantie gilt auch in den Fällen, in denen der Versicherte nicht durchgehend durch den gleichen Leistungserbringer versorgt wird. Kann die Betreuung innerhalb der Interimsphase infolge eines Umzuges des Versicherten über 100 Straßenkilometer nicht lückenlos durch den versorgenden Leistungserbringer erfolgen, stellt dieser die Fortführung der Betreuung des Versicherten durch einen anderen Vertragspartner sicher. Die Modalitäten hierfür regeln die Leistungserbringer unter sich.
9. Für Definitivversorgungen dürfen ausschließlich neue, dem Aktivitätsniveau und Mobilitätsgrad Funktionsteile inkl. Strukturteile verwendet werden, die in das Eigentum des Versicherten nach der Rechnungsbegleichung durch die AOK Bayern übergehen.
10. Wurde mit der Fertigung der Definitivversorgung begonnen und verstirbt der Versicherte vor Abgabe dieser oder wird diese aus anderen Gründen nicht erforderlich, erfolgt eine fallabhängige Betrachtung in Bezug auf die tatsächlichen Kosten und Aufwände im konkreten Einzelfall.
11. Dem Versicherten ist es freigestellt, ob er zur Anfertigung der Definitivversorgung oder einer darauf folgenden Versorgung einen anderen Leistungserbringer beauftragt.
12. Wird innerhalb von drei Monaten nach Fertigstellung einer Prothese ein weiterer Schaft gefertigt (z.B. wasserfeste Prothese) wird die Position Test-Diagnoseschaft in Abzug gebracht. Dies gilt nicht bei Systemänderung und bei Folgeschäften innerhalb der Passformgarantie.
13. Die endgültige Auslieferung der Prothese an den Versicherten erfolgt nach Abschluss der Anpassphase. Die Auslieferung ist vom Versicherten zu diesem Zeitpunkt schriftlich (auch elektronische Unterschriften über Signatur-Pad) zu bestätigen.

III. Dokumentation

1. Die gesamte prothetische Versorgung unterliegt der Dokumentationspflicht nach den medizintechnikrechtlichen Vorgaben. Die in diesem Vertrag verankerten qualitativen Versorgungskriterien sind mit der Versorgungsdokumentation (Anlage 4) und der Abgabe-Checkliste (Anlage 5) verpflichtend zu dokumentieren. Das Abnahmeprotokoll wird ausschließlich im Rahmen von Schafterneuerungen und Neuversorgungen erstellt. Die Protokolle können bei Bedarf von der AOK Bayern angefordert werden.
2. Der Profilerhebungsbogen (Anlage 3) ist dem Kostenvoranschlag für eine Definitivversorgung ab dem Mobilitätsgrad 3 bzw. bei Systemumstellung einer Folgeversorgung beizufügen.
3. Die Versorgungsdokumentation (Anlage 4) der Interimsversorgung ist dem Kostenvoranschlag der Definitivversorgung nicht beizufügen, kann aber im konkreten Einzelfall durch die AOK Bayern angefordert werden.
4. Sieht die Leistungsbeschreibung einer Position besondere Dokumentationen vor (z. B. Foto-/Videodokumentation, funktioneller Zugewinn im Alltagsgebrauch), sind diese im Rahmen des Genehmigungsverfahrens auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die Anforderungen an eine Videodokumentation sind in Anlage 7 geregelt.
5. Bei Anfertigung eines Folgeschafte ist zur entsprechenden Dokumentation der Abweichung das Maßblatt der aktuellen sowie der vorangegangenen Fertigung mit den zur Beurteilung notwendigen Maßen beizufügen.

IV. Garantie- und Gewährleistung

1. Der Leistungserbringer übernimmt während der Interimsversorgung ab der ersten dynamischen Anprobe bis zum Ablauf der Interimsphase die Passformgarantie. Für die Definitivversorgung und Schafterneuerungen gilt grundsätzlich eine Passformgarantie von jeweils 6 Monaten beginnend nach Abschluss der Anpassphase mit der tatsächlichen Auslieferung der endgültigen Versorgung. In diesem Zeitraum hat der Leistungserbringer die Passform des Schaftes ohne Abrechnung weiterer Kosten sicherzustellen.
2. Die Passformgarantie besteht nicht bei Formveränderungen aufgrund von Nachamputationen oder Stumpfveränderungen über 5% Umfangmaßveränderung. Dies gilt für jedes Amputationsniveau. Auf Höhe der Schafteneintrittsebene und dem darunterliegenden Umfangmaß (3-5 cm Abstand) sind die entsprechend notwendigen Maßvergleiche vorzunehmen. Dabei müssen bei mindestens 50% der Messpunkte/Messebene die genannte prozentuale Abweichung vorliegen. Die entsprechenden Maßblätter (vorher/aktuell) werden dem Antrag beigelegt. Wird eine Neuversorgung auf Grund von Umfangmaßveränderungen erforderlich, ist dies mit der beschriebenen Maßdokumentation und durch Angabe der Ursachen für die Formenänderungen zu begründen.
3. Erfolgt die Erstversorgung vor Ablauf von 6 Monaten nach Abgabe der Interimsprothese, so wird die Passformgarantie für die Definitivversorgung demgemäß auf zusammen max. 12 Monate verlängert.
4. Die Passformgarantie gilt auch wenn der Versicherte nicht durchgehend durch denselben Leistungserbringer versorgt wird. Sofern die Betreuung auf Grund eines Umzuges des Versicherten oder eines Klinikaufenthalts bzw. eines Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung nicht lückenlos durch den versorgenden Leistungserbringer erfolgen kann, stellt der Leistungserbringer die Fortsetzung der Versorgung des Versicherten durch einen anderen Vertragspartner sicher. Hierfür regeln die Leistungserbringer die Modalitäten unter sich.
5. Für die Definitivprothese gilt jeweils eine 24-monatige Gewährleistung für die eingesetzten Prothesenbauteile ab dem Tag des Einbaus, der in der Dokumentation ersichtlich sein muss. Für die Kosmetik sowie für den Liner übernimmt der Leistungserbringer eine 6-monatige Gewährleistung; es sei denn, es liegt ein schuldhaftes Verhalten des Versicherten vor. Sind während der Interimsphase neue Prothesenbauteile eingesetzt worden und werden diese übernommen, beginnt für diese die Gewährleistung ab dem Zeitpunkt des Einbaus in der Interimsphase. Geht aus der Dokumentation der Tag des Einbaus nicht hervor, gilt der Tag der Auslieferung als Beginn der gesetzlichen Gewährleistung.
6. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung hat der Leistungserbringer bestehende Garantie- bzw. Gewährleistungsansprüche geltend zu machen.

V. Hausbesuche

1. Grundsätzlich sind Hausbesuche und Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen für eine Prothesenanpassung zu vermeiden, da nur in der orthopädie-technischen Werkstatt umfangreiche Anpassungsarbeiten durchgeführt werden können.
2. In der Interimsphase sind Besuche bei stationärem Krankenhausaufenthalt mit den Vertragspreisen abgegolten und dürfen nicht gesondert abgerechnet werden.
3. Hausbesuche und Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen können im Rahmen von Definitiv- und Folgeversorgungen sowie während der Interimsphase im häuslichen Bereich, maximal 3x pro Versorgung analog der Preisanlage abgerechnet werden, wenn der Besuch vom Arzt verordnet ist. Nur tatsächlich durchgeführte Besuche dürfen abgerechnet werden.
4. Ein Hausbesuch und Besuch in stationären Pflegeeinrichtungen ist für Reparaturen, Wartungen und Inspektionen nur bei medizinischer Notwendigkeit und Vorlage einer ausdrücklichen Verordnung und ärztlicher Begründung zulässig.

Anlage 2 Preisvereinbarung zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in den Anlagen 2b bis 2i genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlagen 2b bis 2i regeln die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.
2. Mit den in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 3 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten.
3. Auf Grund der Komplexität der Produktgruppe 24 werden zum Vertragsbeginn in den Anlagen 2b bis 2i nicht für alle Produktarten Vertragspreise oder abschließende Kalkulationen vereinbart sein. Die Landesinnung Bayern für Orthopädie-Technik und die AOK Bayern werden deshalb in regelmäßigen Abständen Preisverhandlungen durchführen und Vertragspreise bzw. abschließende Kalkulationen vereinbaren, die in die Vergütungsvereinbarung aufgenommen werden. Die jeweils fortgeschriebene Vergütungsvereinbarung gilt für die beigetretenen Leistungserbringer mit dem Inkrafttreten der Fortschreibung, ohne dass es hierzu eines erneuten Beitritts bedarf. Unbenommen davon besteht das Sonderkündigungsrecht nach § 15 Abs. 4.
4. Bei einer Fortschreibung im Hilfsmittelverzeichnis in der Produktgruppe 24 sind Produkte neuer, in diesem Vertrag noch nicht aufgeführter Produktuntergruppen und/oder -arten mit Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der AOK Bayern einzureichen. Die Vertragspartner bemühen sich zeitnah Preise für neue Produktuntergruppen und/oder -arten zu vereinbaren.
5. Sind für Produktarten keine Vertragspreise vereinbart, wird vom Leistungserbringer zur Angebotsberechnung auf den vom Hersteller ausgewiesenen Einkaufspreis der vereinbarte Aufschlag gemäß den Anlagen 2b bis 2i sowie die Arbeitszeit mit dem in den Anlagen 2b bis 2i maßgebend angegebenen Stundenverrechnungssatz zuzüglich der Mehrwertsteuer veranschlagt.
6. Für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln gelten die Qualitätsstandards der Produktgruppe 24 des Hilfsmittelverzeichnisses des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
7. Für die Versorgung verwendeten Struktur- und Funktionsteile gelten die Bestimmungen der MDR, des MPDG und die Vorgaben der Hersteller. Herstellerseitig vorgeschriebene Zertifikate für Funktionsteile werden vorgehalten und sind bei Verlangen des Kostenträgers unverzüglich vorzulegen. Die Kosten für den Erwerb sind mit den in den Anlagen 2b bis 2i vereinbarten Vergütungen abgegolten.
8. Für Prothesenversorgungen von Kindern gelten die in diesem Vertrag vereinbarten Preise analog. Versorgungen, die auf Grund kongenitaler oder konnataler Fehlbildungen orthoprothetisch versorgt werden müssen, werden nach den Regelungen dieses Vertrages individuell kalkuliert (vgl. Anlagen 2b bis 2i). Für diese Versorgungen ist jeweils ein Kostenvoranschlag mit detailliert aufgeführter Kalkulation zur Genehmigung einzureichen.

Anlagen 2a bis 2j Preisvereinbarung und Leistungsbeschreibung
zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

Die Anlagen 2a bis 2j sind auf Grund des Formats separiert.

Anlage 3 Profilerhebungsbogen zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

Angaben zur Person

E1	Grund der Vorstellung: _____	<i>Vorname, Name, Geburtsdatum bzw. Adressaufkleber</i>
	<input type="checkbox"/> Erstvorsteller <input type="checkbox"/> Wiedervorsteller <input type="checkbox"/> Interimsversorgung <input type="checkbox"/> Definitivversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung	
E2	Größe: _____ m Gewicht: _____ kg (<input type="checkbox"/> ohne Prothese <input type="checkbox"/> mit Prothese)	
P2	verordnender Arzt: (Name, Anschrift)	Facharzt f.:

Angaben zur Amputation

E3	Bei doppelseitiger Amputation extra Formular für zweite Seite nutzen	<input type="checkbox"/> beidseitig
	Amputiert seit: Tag/Monat/Jahr / / Seite: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
E4	Amputationshöhe <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> Knieex. <input type="checkbox"/> Hüftex. <input type="checkbox"/> Hemipelv. <input type="checkbox"/> Fuß: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ spezifisch: _____	
E5	Ursache <input type="checkbox"/> pAVK (ohne Diabetes) <input type="checkbox"/> andere Zirkulationsstörung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infektion (ohne Diabetes) <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Sonstiges: spezifisch: _____	
E7	Gab es Nachamputationen/ Revisionen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> weichteilig <input type="checkbox"/> knöchern spezifisch: Klinik, Ort: _____ Monat/Jahr /	

Stumpfverhältnisse

E14	Stumpfform:	<input type="checkbox"/> zylindrisch	<input type="checkbox"/> konisch	<input type="checkbox"/> birnenförmig	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z. B. Knieex, Chopart)
		<input type="checkbox"/> a-typisch: _____			
E15	Stumpflänge: (relativ zur kontralat. Seite)	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> ultra kurz	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z. B. Knieex, Chopart)
		knöchern: _____ cm	weichteilig: _____ cm		
E17	Stumpfend-belastungs- fähigkeit:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> keine	
E18	Weichteildeckung:	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> adäquat	<input type="checkbox"/> übermäßig	
E19	Weichteilzustand:	<input type="checkbox"/> muskulös	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> atrophiert
E20	Ödem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leicht	<input type="checkbox"/> ja, ausgeprägt	
E21	Volumenschwankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E22	Amputationsnarbe:	<input type="checkbox"/> verheilt	<input type="checkbox"/> eingezogen	<input type="checkbox"/> verschieblich	<input type="checkbox"/> mit Knochen verwachsen
		<input type="checkbox"/> nicht verheilt	<input type="checkbox"/> instabil	<input type="checkbox"/> verdichtetes Narbengewebe (Narbenplatte)	
E23	Hautzustand:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig →	spezifisch: _____	
E25	Sensibilität:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vermehrt →	<input type="checkbox"/> vermindert →	spezifisch: _____
E27	weitere Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Druckstelle	<input type="checkbox"/> Scheuerstelle <input type="checkbox"/> Ulcus
		<input type="checkbox"/> Randknoten	<input type="checkbox"/> Polödem	<input type="checkbox"/> Fistel	<input type="checkbox"/> Neurom <input type="checkbox"/> Infekt
		<input type="checkbox"/> Exostosen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (z. B. Bypass, andere Fremdkörper, Weichteilverhärtung)		
	Beschreibung/ Lokalisation/ Ursache: _____				



Name: _____

Datum: _____

Anleitung: Bitte antworten Sie auf alle Fragen so, als ob Sie die Beinprothese(n) tragen, die Sie die meiste Zeit verwenden. Wenn Sie normalerweise einen Gehstock, eine Unterarm-Gehstütze, oder ein Gehgestell bzw. einen Gehwagen benutzen, um die Aufgabe zu bewältigen, beantworten Sie bitte die Frage so, als ob Sie das entsprechende Hilfsmittel verwenden.

Bitte wählen Sie die Option "Nicht dazu in der Lage", wenn Sie:

- Hilfe von einer anderen Person benötigen, um die Aufgabe zu bewältigen,
- einen Rollstuhl oder Scooter benötigen um die Aufgabe zu bewältigen, oder
- das Gefühl haben, dass es für Sie zu unsicher ist, diese Aufgabe auszuführen.

Bitte markieren Sie eine Antwort pro Zeile

Frage	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Nicht dazu in der Lage
1. Sind Sie in der Lage, in Ihrem Zuhause eine kurze Strecke zu Fuß zurückzulegen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
2. Sind Sie in der Lage, Bordsteine hinauf und herab zu steigen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
3. Sind Sie in der Lage, über einen Parkplatz zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
4. Sind Sie in der Lage, über Kies- oder Rollsplitt- Oberflächen zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
5. Sind Sie in der Lage, einen Stuhl von einem Raum zum anderen zu transportieren?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
6. Sind Sie in der Lage, zu gehen während Sie einen Einkaufskorb in der Hand tragen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
7. Sind Sie in der Lage weiterzugehen, wenn Sie angerempelt werden?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
8. Sind Sie in der Lage, auf einer unbeleuchteten Straße oder einem unbeleuchteten Bürgersteig zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
9. Sind Sie in der Lage, mit Anderen Schritt zu halten, wenn Sie gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
10. Sind Sie in der Lage, über einen rutschigen Fußboden zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
11. Sind Sie in der Lage, eine steile Schotter-Auffahrt hinunter zu gehen?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)
12. Sind Sie in der Lage, etwa 3 Kilometer auf unebenen Wegen und durch hügeliges Gelände zu wandern?	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)

www.plus-m.org

PLUS-MTM 12-Fraagen Kurzformular (v1.2)

E47

Rohwert: _____ T-Score: _____ primär verwendete Gehhilfe: _____ rechts links beidseitig

Gangbildbeobachtung**(optional)**

E46	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in Koordination/ Balance → spezifisch:				
	Videodokumentation: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →				
	<input type="checkbox"/> Ebene	<input type="checkbox"/> Rampe	<input type="checkbox"/> Treppe	<input type="checkbox"/> unebener Untergrund	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:				

Aktivitätsniveau (PMS)

basierend auf Gesamterhebung

E53	Aktivitätsniveau	0	1	1+	2	2+	3	3+	4	spezifisch (Fähigkeiten, Aktivitäten):
	aktuell:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E54	erwartet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angaben zur geplanten Versorgung (Grobplanung)

E55	<input type="checkbox"/> Post OP Versorgung	<input type="checkbox"/> Interimsprothese	<input type="checkbox"/> Definitivprothese	<input type="checkbox"/> Wechselprothese (z.B. Sport, Wasserfest)	<input type="checkbox"/> keine
E56	Schaftsystem: Halte-/ Haftmechanismen:				
E57	Stumpfformung/ Lymphmanagement:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E58	Liner:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> Post OP Liner	
	Linergröße: _____				
	spezifisch: _____	ausführliche Maßdokumentation erfolgt gesondert z. B. Maßdokumentation der BUFA ^{2/} DGIHV ³			
	Sonstiges: _____				
E59	Stumpfstrümpfe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____ (wann?, Anzahl, Art, Größe)	
E60	Endkontakt:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise →	<input type="checkbox"/> kein Endkontakt →	spezifisch:
E61	Fußpassteil: _____	Größe/ Kat.: _____	Hüftpassteil: _____		
	Kniepassteil: _____	ggf. Modus: _____	Funktionelle Zusätze: _____ (z. B: Drehadapter, etc.)		
E62	Formausgleich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch:	
E63	Bemerkung/Sonstiges:				

Zusammenfassende Beurteilung

E65	Prothesenversorgung möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein →
	spezifisch:		
E70	Daten erhoben, Datum/Name: _____ / _____		

Maßblatt nach Fußamputation

Patient: _____

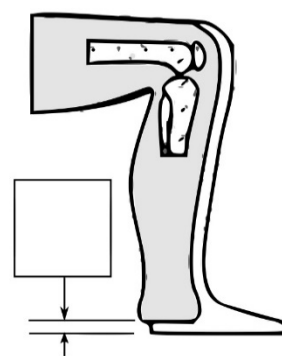
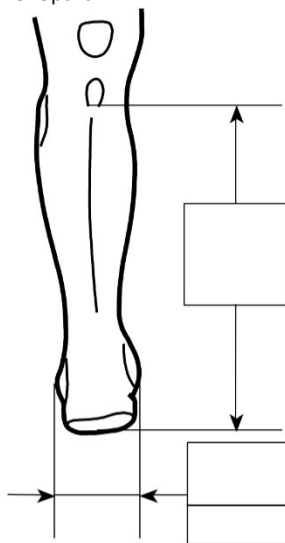
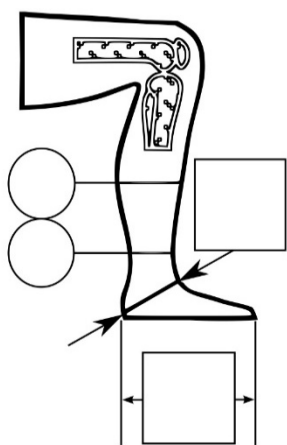
Datum: _____

Alter: _____

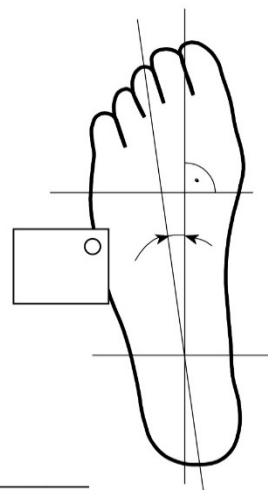
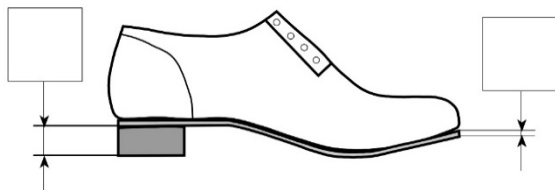
Amputation: links / rechts

Amputationshöhe:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zehenexartikulation | <input type="checkbox"/> langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc) | <input type="checkbox"/> Pirogoff |
| <input type="checkbox"/> langer Mittelfuß (Sharp) | <input type="checkbox"/> kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger) | <input type="checkbox"/> Pirogoff-Spitzzy |
| <input type="checkbox"/> kurzer Mittelfuß | <input type="checkbox"/> Chopart | <input type="checkbox"/> Syme |



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: _____

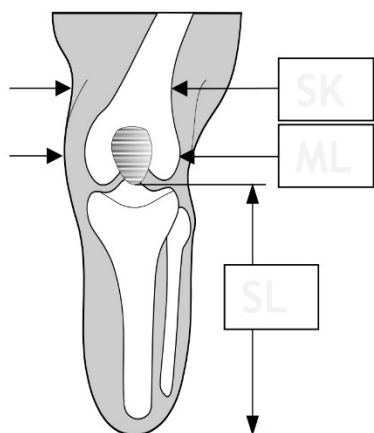
Maßblatt nach Unterschenkelamputation

Patient: _____

Datum: _____

Alter: _____

Amputation: links / rechts

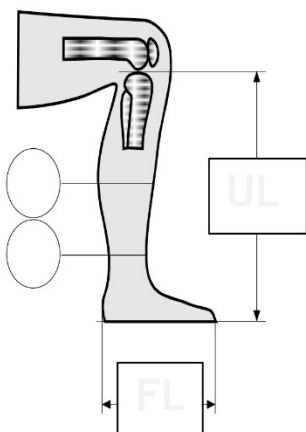
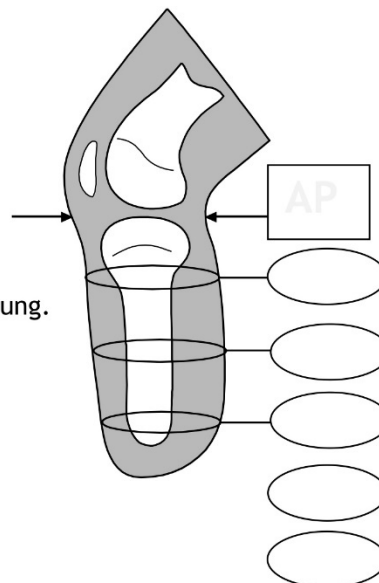


Abstand der Umfangmaße:

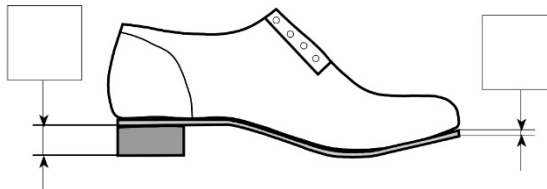
cm

Maße

oberhalb
 unterhalb
 der Markierung.



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: _____

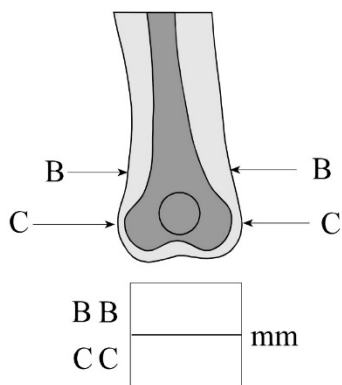
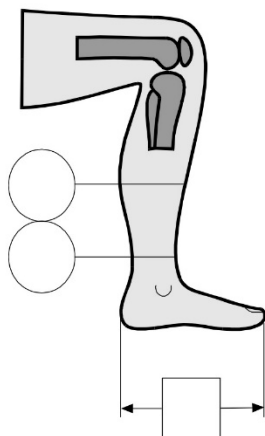
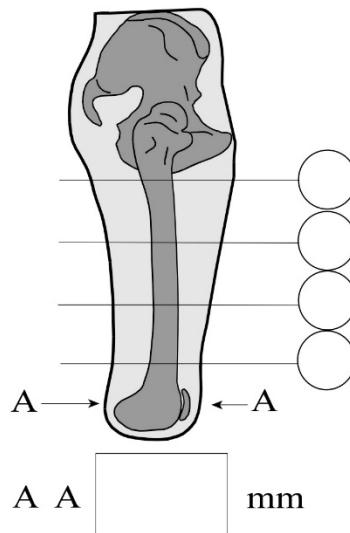
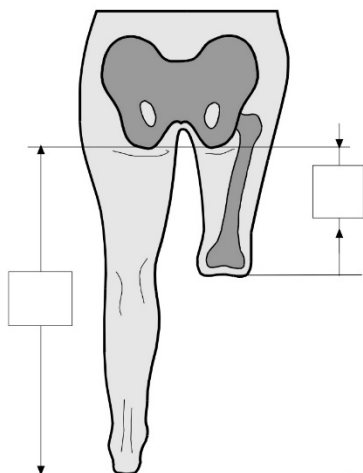
Maßblatt nach Knieexartikulation

Patient: _____

Datum: _____

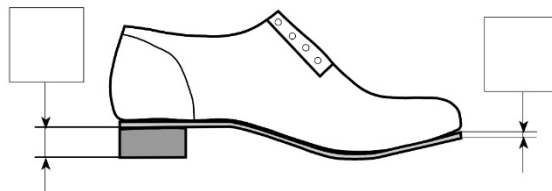
Alter: _____

Amputation: links / rechts



Bemerkungen: _____

Effektive Absatzhöhe:



rch:

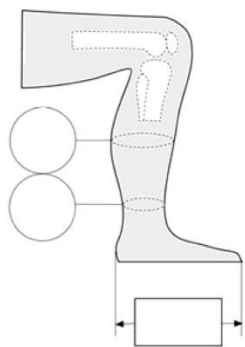
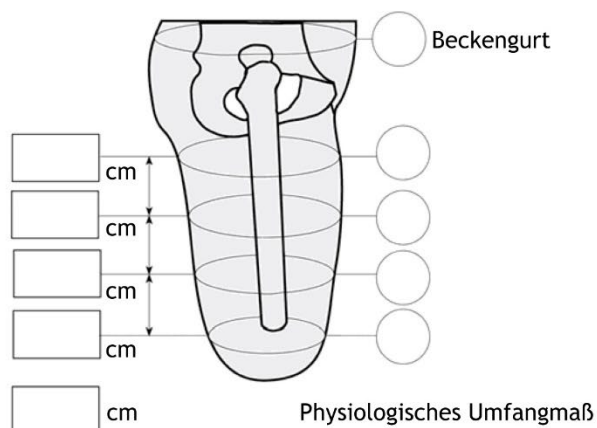
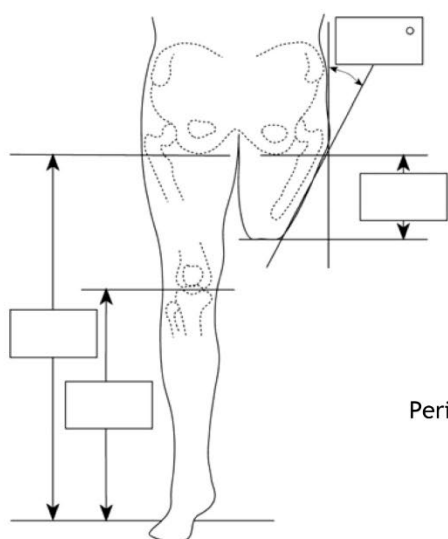
Maßblatt nach Oberschenkelamputation

Patient: _____

Datum: _____

Alter: _____

Amputation: links / rechts



Bemerkungen: _____

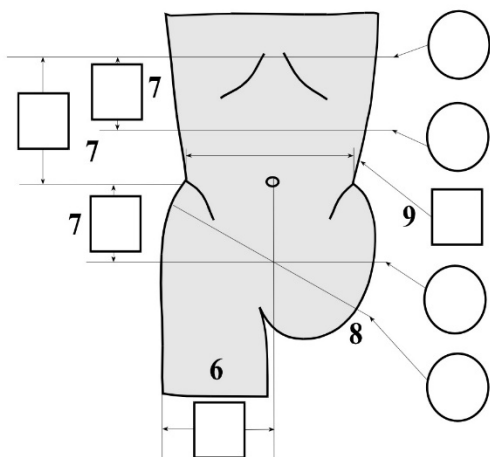
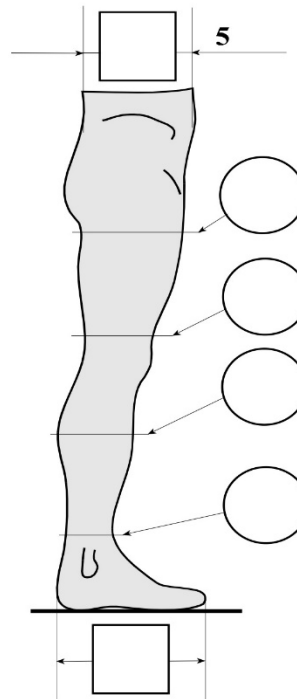
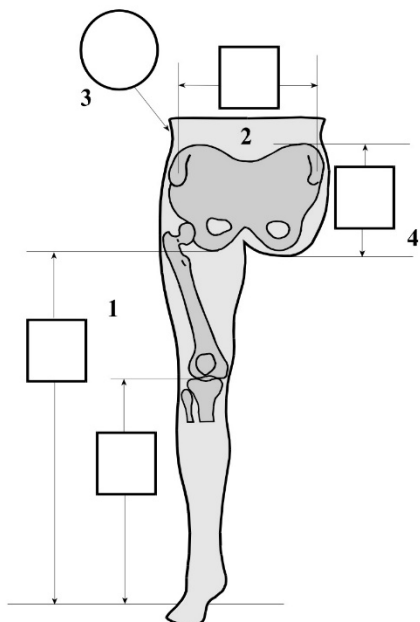
Maßblatt nach Hüftexartikulation

Patient: _____

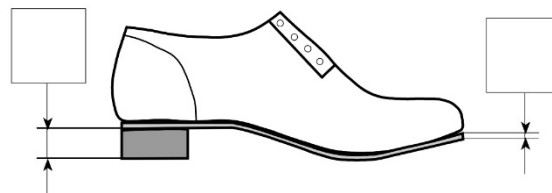
Datum: _____

Alter: _____

Amputation: links / rechts



Effektive Absatzhöhe:



Bemerkungen: _____

**Anlage 4 Versorgungsdokumentation
zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT**

	Angaben zur Person		Versichertendaten Aufkleber
O1	<input type="checkbox"/> Interimsversorgung	<input type="checkbox"/> Definitivversorgung	

		Ergebnisse	Bemerkungen	Datum / Unterschrift NZ Techniker
V1	Maßnahme / Formerfassung	Abdrucknahme, Erfassung des Stumpfes,		
V2	Statische Anprobe des Test- / Diagnoseschafftes	Volumenkontrolle, Passform Statischer Aufbau		
V3	ggf. weitere statische Anprobe des Test- / Diagnoseschafftes	Volumenkontrolle, Passform Statischer Aufbau		
V4	1. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Volumenkontrolle, Passform Dynamischer Aufbau Aufbaukorrekturen, Justierungen, Funktionsteile einstellen und Funktionen beüben		
V5	2. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V6	3. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V7	4. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V8	5. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V9	6. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V10	7. Dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V11	ggf. weitere dynamische Anprobe der Interims- / Definitivprothese	Siehe 1. Dyn. Anprobe		
V12	Prothesenfuß*	Hersteller Modell		
V13	Prothesenfuß*	Hersteller Modell		
V14	ggf. Prothesenfuß*	Hersteller Modell		
V15	Prothesenkniegelenk*	Hersteller Modell ggf. Einstellung bei Gelenken mit wechselbaren Mobilitätsprofilen		
V16	Prothesenkniegelenk*	Hersteller Modell ggf. Einstellung bei Gelenken mit wechselbaren Mobilitätsprofilen		
V17	ggf. Prothesenkniegelenk*	Hersteller Modell ggf. Einstellung bei Gelenken mit wechselbaren Mobilitätsprofilen		

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Versicherte die oben genannten Angaben	
	Unterschrift des Versicherten

Anlage 5 Abgabe-Checkliste zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

Name, Vorname				Gewichtsabnahme		Volumenabnahme			
Herstellungsdatum				Stumpfendatrophie		Sturz			
				li		re			
Bezeichnung Hilfsmittel				Verschleiß		Wachstum			
Schafftkriterien untere Extremitäten				Dynamische Kriterien					
Anatomiegerechte Einbettung des Stumpfes		ja	nein	Ist ein regelrechtes Gangbild vorhanden		ja	nein		
Anatomiegerechte Kondylenbettung (bei USP)		ja	nein	Sind kompensatorische Ausweichbewegungen erkennbar Wenn ja – bitte in Sonstiges eintragen		ja	nein		
Anatomieger. Ramus/Os pubis-Einbettung (CAT)		ja	nein	Wird ein Shiften des Prothesenschaftes in der Belastungsphase vermieden ?		ja	nein		
Schaftrandgestaltung		ja	nein	Ist ein alternierendes Treppaufgehen möglich?		ja	nein		
Dynamische Passform des Schaftes		ja	nein	Ist ein alternierendes Treppabgehen möglich ?		ja	nein		
Statische Passform des Schaftes		ja	nein	Ist ein rückwärtsgehen mit der Prothese möglich?		ja	nein		
Passform des Schaftes beim Sitzen		ja	nein	Ist das Bergauf und Bergabgehen problemlos möglich?		ja	nein		
Haftfähigkeit		ja	nein						
Aufbaukriterien				Sonst					
Länge der Prothese		ja	nein						
Fußauswärtsstellung		ja	nein						
DE/PF-Funktion (DE-Anschlag, Spitzfußstl., Absatz)		ja	nein						
Kniesicherheit		ja	nein						
Funktionale Anordnung von Bandagen		ja	nein						
Funktionale Anordnung der Gelenke		ja	nein						
Formkosmetische Kriterien									
Formgebung		ja	nein						
Farbe (bei lackierten > Kosmetiken)		ja	nein						
Funktionskriterien									
Techn. Funktion der Komponenten (Passteile)		ja	nein						
Anforderungen nach MPG (Med. Prog. Ges.) erfüllt		ja	nein	Qualitätskontrolle	abschließende Risikoanalyse:				
				am: von*:	am: von*:				
Produktionskriterien				Verantwortlicher OTM					
Kunststoffarbeiten		ja	nein	Nz*:		assistierender OT			
Metallarbeiten		ja	nein			Nz:			
Lederarbeiten		ja	nein						
Polster / Verschlüsse		ja	nein						
Administrationskriterien									
Zubehör wie z.B. Stumpfstrümpfe, Tagvorr. abgege.		ja	nein						
Empfangsbestätigung vorhanden		ja	nein						
Prothesenkonfig. mit Kostenvoran. identisch		ja	nein						
Ist der Patient zufrieden, soweit sich dies im Moment beurteilen läßt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Mit Sitz und Ausführung der Prothesenversorgung bin ich zufrieden am: AOK-Versicherter: <hr style="width: 100%;"/> Unterschrift					

**Anlage 6 Empfangsbestätigung
zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT**

Name, Vorname	Geb.-Datum	Vers.-Nr.	
Hilfsmittelbezeichnung:			
ID-Nr.	Fertigungsdatum	OT-Meister	
• Die Einweisung in Gebrauch, Funktion, Reinigung und Pflege ist erfolgt	ja	nein	
• Eine Endkontrolle und Risikobetrachtung wurde durchgeführt	ja	nein	
• Gebrauchsanweisungen und Risikohinweise wurden ausgehändigt	ja	nein	
Bemerkungen: Der Leistungserbringer versichert, dass das oben genannte Produkt dem aktuellen Stand des jeweiligen gültigen Medizinproduktegesetzes entspricht.			
Ort	Datum	Unterschrift des Meisters bzw. des benannten Mitarbeiters	Firmenstempel

Empfangsbestätigung **Interimsprothese** **Definitivprothese**

Der Versicherte erklärt hiermit, dass er das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem, gebrauchsfähigem Zustand empfängt. Eine ausreichende Einweisung / Unterweisung durch den Leistungserbringer hat der Versicherte erhalten. Eine Gebrauchsanweisung wurde ausgehändigt.

Der Versicherte verpflichtet sich das Hilfsmittel nur zum bestimmungsgemäßen Gebrauch zu verwenden, pfleglich zu behandeln sowie Hinweise in der Gebrauchsanweisung zu beachten. Schäden am Hilfsmittel, die durch schuldhaftes Verhalten des Versicherten entstehen, hat dieser auf eigene Kosten durch den Leistungserbringer oder nach Rücksprache mit diesem durch einen Partnerbetrieb beseitigen zu lassen.

Defekte, Schäden und Verschleißerscheinungen jeder Art sind dem Leistungserbringer unverzüglich anzuzeigen und dem Betrieb das Hilfsmittel zur Reparatur zu überlassen.

Bei Beschädigung durch Dritte ist dem vorgenannten Leistungserbringer unverzüglich ein Schadensprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln soweit bekannt.

Wenn die medizinischen Gründe für die Verwendung des Hilfsmittels entfallen, ist der Leistungserbringer unverzüglich zu unterrichten. Ebenso sind dem Leistungserbringer Adress- und Namensänderung mitzuteilen.

Von den vorstehenden Bedingungen habe ich Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters

Anlage 7 Inhalte der vergleichenden Videodokumentation für elek. ges. Knieg.systeme zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

Die Akzeptanz des Versicherten in Bezug auf seine Prothesenversorgung steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Austestung von verschiedenen Gelenken und die dadurch zu erwartende Mobilitätssteigerung. Ziel ist es, den Versicherten so zu versorgen und zu motivieren, dass am Ende des Versorgungsprozesses der mit der ausgewählten Prothese angestrebte Mobilisierungsgrad zufriedenstellend und optimiert erreicht wird.

Eine Dokumentation des Versorgungsprozesses wirkt hierbei unterstützend, da die Fortschritte für die Versicherten und die Leistungserbringer nachvollzogen werden können.

Darüber hinaus wird über die Dokumentation nachgewiesen, welche Prothesenkomponenten erprobt wurden. Insbesondere ist dies hilfreich als Entscheidungshilfe für die Krankenkasse. Für die Versorgung mit mechatronischen oder aktuatorischen Prothesenkniegelenken oder Prothesenfüßen ist eine vergleichende Videodokumentation zu erstellen, aus der die gelenkrelevanten Bewegungsabläufe ersichtlich werden, die den Gebrauchsvorteil belegen. Die Videodokumentation erbringt darüber hinaus den Nachweis, dass der/die Versicherte in der Lage ist, die Gelenkfunktionen zu nutzen.

Der Definitivversorgung mit einer Prothese mit mechatronischen oder aktuatorischen Prothesenkniegelenken oder Prothesenfüßen geht in der Regel eine Interimsversorgung oder Erprobung voran.

Im Verlauf der Interimsversorgung oder Erprobung ist eine Videodokumentation zu erstellen.

Bei Interimsversorgungen ist die Videodokumentation mit der für die Definitivversorgung beantragten Konfiguration zu erstellen.

Bei der Erprobung muss die Videodokumentation die Aufnahme des Versicherten mit seiner bisherigen Prothesenversorgung sowie Aufnahmen mit der Prothesenversorgung während der Erprobung beinhalten.

Die Videodokumentation stellt die spezifischen Funktionalitäten der erprobten mechatronischen oder aktuatorischen Prothesenkniegelenke oder Prothesenfüße dar, die der Anwender (Versicherte) nutzen kann und die Versorgungsindikation definieren.

- Die Videosequenzen zeigen jeweils das Gangbild in der Frontal und Sagittalebene
Langsame, normale, schnelle Gehgeschwindigkeit (nach Möglichkeit)
 - Geschwindigkeitswechsel
 - Schräge
 - Treppe
 - Unterstütztes Hinsetzen (sofern das System die Funktion liefert)
 - Rückwärtsgehen (sofern das System die Funktion liefert)
 - Hindernisse übersteigen (sofern das System die Funktion liefert)
 - Stehfunktion (sofern das System die Funktion liefert)

- Die verschiedenen Sequenzen sind in der gleichen Perspektive aufzunehmen

Zur Unterstützung der Videoaufnahmen dient ebenso der Profilerhebungsbogen gemäß Anlage 3. Voraussetzung einer jeden visuellen Dokumentation ist das Einverständnis des Versicherten, welches sich der Leistungserbringer einholen muss.

Anlage 8 Einverständniserklärung zur Erstellung und Weitergabe einer Bild- und / oder Videodokumentation an die AOK Bayern zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

Nachname, Vorname des/der Versicherten

optional Nachname, Vorname des/der Mitversicherten

Ich bin damit einverstanden,
 nicht damit einverstanden,

dass der orthopädie-technische Leistungserbringer, die Firma....., die für mich zur Kostenübernahme beantragte

Testversorgung mit einem elektronischen Prothesen-Kniegelenk oder Fußpassteil sowie die ggf. vorhandene prothetische Vorversorgung

mittels Bild- und/oder Videoaufnahme dokumentiert und der AOK Bayern ausschließlich im Rahmen des Genehmigungsprozesses der aktuell beantragten Hilfsmittelversorgung personalisiert zur Verfügung stellt.

_____ Ort/Datum		_____ Unterschrift	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter	<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer	<input type="checkbox"/> Patient/in	Sonstiges: _____

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Die vorgenannten Daten benötigen wir zur Beurteilung Ihres Antrages auf Kostenübernahme für das Hilfsmittel. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. 33 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

**Anlage 9 Mehrkostenerklärung des Versicherten
zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT**

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

Angaben zum Leistungserbringer

Firma: _____

IK: _____

Angaben zum Versicherten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Durch ärztliche Verordnung vom _____ wurde mir das/die nachfolgend bezeichnete/n Hilfsmittel verordnet:

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

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

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

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Anlage 10 Werbung zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 11
zum Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten mit der LIOT
Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 15 02124)

Beitrittserklärung

(Name des Leistungserbringers)

(Straße)

(Postleitzahl und Ort)

(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Technik zum 14.08.2023 geschlossenen Vertrag über die prothetische Versorgung der unteren Extremitäten.

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

24A / 24A11 Fußprothesen und Zehenersatz

24B / 24B11 Beinprothesen
(herstellereitig vorgeschriebene Zertifikate für Funktionsteile werden vorgehalten und sind bei Verlangen des Kostenträgers vorzulegen)

Mit dem Beitritt kommt ein eigenständiges Vertragsverhältnis zustande. Der Vertragsbeitritt wird erst mit Zugang der Beitrittserklärung sowie einer gültigen Präqualifizierung bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse für die Zukunft wirksam. Geht der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse die Beitrittserklärung vor dem in § 15 Abs. 1 genannten Zeitpunkt des Inkrafttretens zu, beginnt der Vertrag erst zu diesem Zeitpunkt.

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

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 15 Abs. 4 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

Ort, Datum

Unterschrift zeichnungsberechtigte Person

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.