

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung
der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit
Hilfsmitteln der Produktgruppe 37 (Brustprothesen)**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart**

- im Folgenden AOK Baden-Württemberg genannt -

und der

**EGROH Service GmbH
Berliner Straße 50
35315 Homberg/Ohm**

- im Folgenden Verband genannt -

- beide im Folgenden „Vertragsparteien“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	4
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)	5
§ 6 Ärztliche Verordnung	6
§ 7 Genehmigung	7
§ 8 Art und Umfang der Versorgung	8
§ 9 Besondere Ausführungen zur Versorgung mit Brustprothesen	10
§ 10 Vergütung	11
§ 11 Zuzahlungen	12
§ 12 Abrechnung.....	13
§ 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz	14
§ 14 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung.....	15
§ 15 Zusammenarbeit mit Dritten	16
§ 16 Datenschutz/Schweigepflicht.....	16
§ 17 Qualitätssicherung.....	17
§ 18 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen.....	18
§ 19 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung	19
§ 20 Schlussbestimmungen	20
Anlagen.....	20

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages gemäß § 127 Abs. 1 SGB V ist die mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg sowie aller durch die AOK Baden-Württemberg betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) nach § 33 i. V. m. § 127 Abs. 1 SGB V mit den in der Anlage 1 aufgeführten Brustprothesen der Produktgruppe 37 entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- (2) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Vergütungsvereinbarung
 - Anlage 2** Kostenvoranschlag
 - Anlage 3** Mehrkostenerklärung des Versicherten
 - Anlage 4** Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder
- (3) Die Anlagen 2 bis 4 dienen der Erleichterung der Kommunikation bzw. der Administration zwischen den Vertragsparteien und können in ihrem Layout von der im Vertrag abgebildeten Variante abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein; inhaltliche Änderungen und/oder Ergänzungen sind nicht zulässig.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungsleistungen für Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Dieser Vertrag gilt für die Mitgliedsbetriebe des Verbandes, soweit sie diesem Vertrag beigetreten sind (Anlage 4) (im Folgenden „Vertragspartner“ genannt). Der Beitritt ist gegenüber der AOK Baden-Württemberg in schriftlicher Form zu erklären, nebst der Verpflichtung, die Vertragsinhalte in ihrer jeweils aktuellen Fassung uneingeschränkt anzuerkennen. Der jeweilige Mitgliedsbetrieb des Verbandes sendet die Beitrittserklärung mit dem dazugehörigen Präqualifizierungszertifikat sowie Nachweisen zu den jeweiligen ggf. vertragsspezifischen Anforderungen an das zuständige CompetenceCenter Hilfsmittel (CC Hilfsmittel) der AOK Baden-Württemberg (siehe Abs. 3). Der jeweilige Mitgliedsbetrieb des Verbandes erhält von der AOK Baden-Württemberg eine Bestätigung über den Beitritt. Der Beitritt wird frühestens mit Zugang der Beitrittserklärung des Mitgliedsbetriebes wirksam.
- (3) Leistungserbringer haben gemäß § 127 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, diesem Vertrag über das jeweils zuständige CC Hilfsmittel zu gleichen Bedingungen beizutreten. Das jeweils zuständige CC Hilfsmittel richtet sich nach dem Sitz (Postleitzahl) des Leistungserbringers. Die Ansprechpartnersuche sowie die Vorlage zur Erklärung des Beitritts sind im AOK Gesundheitspartner-Portal unter <https://www.aok.de/gp/> abrufbar.
- (4) Für etwaige Filialbetriebe der Leistungserbringer ist der Beitritt jeweils gesondert zu diesem Vertrag zu erklären. Filialbetriebe sind Betriebsstätten, in denen Leistungen nach diesem Vertrag erbracht werden.
- (5) Zwischen dem Verband und der AOK Baden-Württemberg vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die am Vertrag teilnehmenden Mitglieder des Verbandes. Für nach Abs. 3 beigetretene Leistungserbringer gelten die vorgenannten Änderungen nur, soweit die beigetretenen Leistungserbringer nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Abs. 6 Gebrauch gemacht haben.

- (6) Ein nach Abs. 3 beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach § 19 Abs. 2 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von vier Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

- (1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist, dass der Vertragspartner die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der vertragsgegenständlichen Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllt. Dabei sind die Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. den Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) in der jeweils gültigen Fassung für die gesamte Vertragslaufzeit einzuhalten.
- (2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist vom Vertragspartner und seinen am Vertrag teilnehmenden Betriebsstätten vor Vertragsbeginn mittels Präqualifizierungsurkunde gegenüber dem jeweils zuständigen CC Hilfsmittel nachzuweisen.
- (3) Der Vertragspartner ist nach Maßgabe dieses Vertrages nur zur Abgabe derjenigen Hilfsmittel berechtigt, für welche er die Eignung nach den vorgenannten Regelungen gegenüber der AOK Baden-Württemberg nachgewiesen hat und darf Verordnungen nur für diese Produktbereiche entgegennehmen.
- (4) Der Vertragspartner hat das Vorliegen der vorgenannten Anforderungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen. Änderungen, welche die Eignung des Vertragspartners – insbesondere im Hinblick auf die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 bis 3 – berühren, hat der Vertragspartner dem zuständigen CC Hilfsmittel unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Sofern der Vertragspartner die Leistungserbringung nach diesem Vertrag über mehrere Betriebsstätten sicherstellt, so gelten die vorgenannten Anforderungen für jede einzelne Betriebsstätte. Der Vertragspartner ist darüber hinaus verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg unverzüglich ein gesondertes Institutionskennzeichen (IK) für jede versorgende Betriebsstätte mitzuteilen.
- (6) Zur persönlichen und hilfsmittelbezogenen Beratung, Einweisung und Versorgung der Versicherten und/oder der betreuenden Personen setzt der Vertragspartner in ausreichender Anzahl fachlich qualifizierte Personen ein, die die Voraussetzungen nach § 83 Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) (Medizinprodukteberater) erfüllen.
- (7) Der Vertragspartner trägt dafür Sorge, dass sich die Mitarbeiter/innen in Bezug auf die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel regelmäßig (alle zwei Jahre) fortbilden. Die Qualifikation der Mitarbeiter/innen ist der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen in geeigneter Form schriftlich nachzuweisen.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Vertragspartner gewährleistet die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit mehrkostenfreien Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V i. V. m. § 12 SGB V.
- (2) Der Vertragspartner hält die zur Versorgung medizinisch notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor. Eine hinreichende Anzahl an

mehrkostenfreien Produkten wird dabei berücksichtigt. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigtem Zubehör.

- (3) Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten gerecht zu werden. Der Vertragspartner behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen; eine Risiko-selektion ist ausgeschlossen.
- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die jeweils aktuellen einschlägigen medizinproduktrechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen, insbesondere die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (MDR), das MPDG sowie das Arbeitssicherheitsgesetz und die Empfehlungen des GKV-SV zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten.
- (5) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Versicherten ausschließlich mit solchen Hilfsmitteln zu versorgen, die den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V genannten Qualitätsstandards entsprechen. Beabsichtigt der Vertragspartner Hilfsmittel ohne Hilfsmittelpositionsnummer abzugeben, so beantragt er beim zuständigen CC Hilfsmittel die Genehmigung der Versorgung und weist dabei die Erfüllung der vorgenannten Qualitätsstandards in geeigneter Weise (z. B. Produktbeschreibung) nach. Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, diese Nachweise zur Prüfung dem Medizinischen Dienst (MD) vorzulegen.
- (6) Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, genehmigungspflichtige Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation durch den MD prüfen zu lassen. Der Vertragspartner stellt dafür die seitens des MD für notwendig erachteten Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.

§ 5 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

- (1) Die AOK Baden-Württemberg hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben nach Maßgabe nachfolgender Regelungen.
- (2) Die aus den Pflichten der MPBetreibV resultierenden Aufgaben umfassen insbesondere, sofern für die jeweilige Versorgung zutreffend,
 - a. die Erfüllung der allgemeinen Anforderungen (§ 4 MPBetreibV) sowie die umfassende Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende(r) Person(en) in den sachgerechten Gebrauch und Dokumentation nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV,
 - b. die Instandhaltung, dies sind Instandhaltungsmaßnahmen wie Inspektionen und Wartungen und die Instandsetzung, nach § 7 MPBetreibV,
 - c. die Durchführung der Funktionsprüfung, Einweisung und Dokumentation nach § 10 MPBetreibV.
- (3) Die AOK Baden-Württemberg ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V jederzeit berechtigt, die Erfüllung und Einhaltung der o. g. Aufgaben im Einzelfall zu kontrollieren. Der Vertragspartner haftet nach Maßgabe der entsprechend anwendbaren Vorschriften des BGB für sämtliche von ihm schuldhaft verursachten Schäden, die bei der Ausführung von Aufgaben nach Abs. 2 entstehen und stellt die AOK Baden-Württemberg von allen diesbezüglichen Ansprüchen Dritter und Kosten frei.

- (4) Die AOK Baden-Württemberg verpflichtet sich, den Vertragspartner bei der Erfüllung übernommener Aufgaben im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen. Insbesondere bei fehlender Mitwirkung des Versicherten verpflichtet sie sich, im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf den Versicherten einzuwirken, um eine fristgemäße Durchführung der übernommenen Aufgaben zu gewährleisten. Sofern eine fristgemäße Erfüllung der übernommenen Aufgaben wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten nicht erfolgen kann und der Vertragspartner seinen Verpflichtungen nach § 9 Abs. 8 nachgekommen ist, wird eine vertragliche Haftung des Leistungserbringers wegen nicht bzw. nicht fristgemäßer Erfüllung der betroffenen Aufgaben ausgeschlossen.
- (5) Instandhaltungsmaßnahmen sind durch die AOK Baden-Württemberg zu vergüten. Dies betrifft auch, sofern notwendig, die mit Instandhaltungsmaßnahmen unmittelbar im Zusammenhang stehenden Hausbesuche. Für die Durchführung notwendiger Instandhaltungsmaßnahmen bedarf es einer Genehmigung durch die AOK Baden-Württemberg. Der Vertragspartner reicht hierzu bei der AOK Baden-Württemberg rechtzeitig einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung ein, aus dem hervorgeht, welche konkreten Instandhaltungsmaßnahmen vorzunehmen sind. Hierbei hat der Vertragspartner die in diesem Vertrag oder seinen Anlagen ausgewiesenen Vergütungspositionen oder Kalkulationsgrundlagen zwingend zu beachten und die Hilfsmittelpositionsnummer entsprechend den Regelungen des § 7 Abs. 10 anzugeben.

§ 6 Ärztliche Verordnung

- (1) Für die Versorgung nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (2) Für die Versorgung des jeweiligen Versicherten ist eine Verordnung (Muster 16 oder Vordruck e16H (eRezept)) eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes erforderlich.
- (3) Neben den Verordnungen zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die AOK Baden-Württemberg auch Entlassverordnungen (Muster 16 mit Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ gemäß § 6a HilfsM-RL) von Ärzten aus zugelassenen stationären oder teilstationären Einrichtungen („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V oder § 40 Abs. 2 Satz 6 SGB V tätig sind, sofern das Hilfsmittel im Einzelfall zur Entlassung benötigt wird.
- (4) Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl der geeigneten Hilfsmittel obliegt dem Vertragspartner nach Maßgabe dieses Vertrages in Abstimmung mit dem Versicherten.
- (5) Die vom Arzt auf der Verordnung angegebene Indikation bestimmt die Versorgung des Versicherten. Sofern vom Arzt keine Indikation angegeben wurde, ist der Vertragspartner berechtigt, den Arzt um Nachtrag zu bitten.
- (6) Die ärztliche Verordnung gilt ausschließlich für die Person, für die sie ausgestellt wurde.
- (7) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten ärztlichen Verordnung dürfen nur durch den ausstellenden Arzt selbst oder den jeweils verantwortlichen ärztlichen Vertreter vorgenommen werden und bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (8) Wird die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung bzw. 7 Kalendertagen nach Ausstellung der Entlassverordnung vom Vertragspartner aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Bei

genehmigungspflichtigen Versorgungen gemäß § 7 Abs. 1 gilt die Frist als gewahrt, wenn die Verordnung innerhalb dieses Zeitraums bei der AOK Baden-Württemberg eingeht.

- (9) 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.

§ 7 Genehmigung

- (1) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf der vorherigen Genehmigung der AOK Baden-Württemberg und ist mittels Kostenvoranschlags beim zuständigen CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg einzureichen. Davon abweichende Regelungen sind in der Anlage 1 geregelt.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, die Regelungen über die Genehmigungspflicht gegenüber einzelnen Vertragspartnern ganz oder teilweise zu verändern. Diesbezügliche Änderungen sind, soweit sie nur den einzelnen Vertragspartner betreffen, dem betroffenen Vertragspartner unter Angabe von Gründen mit einer Frist von vier Wochen schriftlich mitzuteilen. Der Verband erhält unverzüglich eine Mitteilung über derartige Änderungen zur Kenntnis. Soweit aus einem wichtigen Grund, insbesondere aufgrund einer Gesetzesänderung, ergangener Rechtsprechung oder einer Änderung des Hilfsmittelverzeichnisses, eine Situation eintritt, die – bezogen auf einzelne Produkte – eine Änderung der Regelungen über die Genehmigungspflicht gegenüber sämtlichen Vertragspartnern erforderlich macht, teilt die AOK Baden-Württemberg dies dem Verband schriftlich mit. Die maßgebliche Änderung der Regelungen über die Genehmigungspflicht wird nach Ablauf von vier Wochen ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung beim Verband wirksam. Für den Fall, dass der Verband mit dieser Änderung nicht einverstanden ist, verpflichten sich die Vertragsparteien auf entsprechende schriftliche Anzeige des Verbandes innerhalb des Fristlaufes, sich unverzüglich über die in Rede stehenden Regelungen zur geänderten Genehmigungspflicht zu verständigen.
- (3) Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) sowie Instandsetzungen (Reparaturen) an vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln sind grundsätzlich genehmigungspflichtig.
- (4) Für genehmigungspflichtige Versorgungen ist der AOK Baden-Württemberg spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen bzw. bei Entlassversorgungen unverzüglich nach Erhalt der Verordnung ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen.
- (5) Die Erstellung und Übermittlung des Kostenvoranschlags hat für die AOK Baden-Württemberg kostenfrei zu erfolgen. Der Kostenvoranschlag enthält mindestens die Angaben der Anlage 2.
- (6) Die Vertragsparteien streben die Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens (eKVA) bereits im Vorfeld zur verpflichtenden Einführung ab 01.02.2023 an.
- (7) Beim eKVA ist der Kostenvoranschlag in der von der AOK Baden-Württemberg vorgesehenen Form zu übermitteln. Weiterführende Informationen zum eKVA sowie die allgemeinen und fachlichen Liefervorgaben der AOK Baden-Württemberg sind im AOK Gesundheitspartner-Portal unter <https://www.aok.de/gp/> abrufbar.
- (8) Dem Kostenvoranschlag sind folgende Unterlagen beizufügen:
 - Ärztliche Verordnung oder Entlassverordnung sowie

- sofern zutreffend, Kostenvoranschlag des Herstellers mit detaillierter Auflistung aller angesetzten Einkaufspreise.

Bei Übermittlung im Rahmen des eKVAs sind diese Unterlagen jeweils als Image beizufügen. Weiterführende Informationen zur Image-Anlieferung bei der AOK Baden-Württemberg sind im AOK Gesundheitspartner-Portal unter <https://www.aok.de/gp/> abrufbar.

- (9) Bei Übermittlung von Kostenvoranschlägen für Versorgungen mit Brustprothesen ohne Vertragspreis sind zusätzlich zur Grundposition alle für die Versorgung erforderlichen weiteren Positionen (Zubehör/Zusätze/Zuschläge/Haus-/Klinikbesuch) einzeln aufgeführt zu übermitteln.
- (10) Bei Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) sowie bei Instandsetzungsmaßnahmen (Reparaturen) an Brustprothesen ist dem Kostenvoranschlag die jeweilige Abrechnungspositionsnummer (Grundposition), welche die Art und den Ort der Versorgung abbildet, voranzustellen. Diese Position ist mit einem Preis von 0,00 Euro zu versehen.
- (11) Die einschlägigen Regelungen in § 9 Abs. 1 bis 11 sind zu berücksichtigen.

§ 8 Art und Umfang der Versorgung

- (1) Der Vertragspartner trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Zur Produktauswahl hält der Vertragspartner je Produktuntergruppe ein ausreichend großes Sortiment an mehrkostenfreien Produkten vor. Die vorgehaltenen Produkte müssen mindestens den Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis entsprechen.
- (2) Für die Produktauswahl gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen des Hilfsmittelverzeichnis sowie das MPDG. Die Produktauswahl berücksichtigt die Indikation/Diagnose gemäß der Verordnung, Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen des Versicherten, das Produkt zu nutzen sowie das soziale Umfeld und die technischen Notwendigkeiten.
- (3) Die zu erbringenden Leistungen nach diesem Vertrag beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit den in der Anlage 1 aufgeführten Hilfsmitteln alle damit in Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
- (4) Zum Umfang der Leistungserbringung, welche grundsätzlich in der Betriebsstätte des Vertragspartners oder bei Bedarf beim Versicherten vor Ort (vgl. § 10 Abs. 4) stattfindet, gehören insbesondere
 - a. die individuelle bedarfsgerechte Beratung zur mehrkostenfreien Versorgung des Versicherten bzw. dessen betreuende(r) Person(en),
 - b. soweit zutreffend, die Erprobung des Hilfsmittels,
 - c. die persönliche Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten und/oder an dessen betreuende Person(en) inkl. der individuellen und funktionsgerechten Anpassung an die Bedürfnisse des Versicherten,
 - d. die sachgerechte persönliche Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende Person(en) in den bestimmungsgemäßen Gebrauch und Dokumentation, Hinweise zur Reinigung und Pflege des Hilfsmittels sowie bei Bedarf die Nachbetreuung,
 - e. die Überlassung einer Gebrauchsanweisung sowie ggf. produkt-/ therapiebezogene Informationen in deutscher Sprache gemäß den Anforderungen der MDR, des MPDG und der MPBetreibV,

- f. die Ausbildung des Versicherten in den Gebrauch des Hilfsmittels zur individuellen, bedarfsgerechten Versorgung, sofern in Anlage 1 gesondert in der jeweiligen Leistungsbeschreibung festgehalten,
 - g. Informationen über die Ansprechpartner bzw. Verfahrensweise bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen,
 - h. Änderungen und Instandsetzungsmaßnahmen (Reparaturen) im Rahmen der Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüche,
 - i. die Überwachung der jeweiligen Intervalle für Instandhaltungsmaßnahmen nach verbindlichen Herstellervorgaben bzw. gemäß den Anforderungen der MDR, des MPDG und der MPBetreibV, die Durchführung und Dokumentation der Instandhaltungsmaßnahmen.
- (5) Der Vertragspartner berät den Versicherten fachgerecht, unter Beachtung der ärztlichen Verordnung und der individuellen Versorgungssituation des Versicherten. Er hat dem Versicherten eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Produkten je Produktart vorzustellen und anzubieten, sofern das Hilfsmittelverzeichnis eine hierfür ausreichende Anzahl an Produkten listet. Im Übrigen gelten die Regelungen des § 4 Abs. 5. Die mehrkostenfrei angebotenen Produkte müssen sich indikationsgerecht an der ärztlichen Verordnung orientieren, sie müssen den Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und sie müssen für die individuelle Versorgungssituation geeignet und notwendig sein.
- (6) Anfallende Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) sowie Instandsetzungsmaßnahmen (Reparaturen) sind kurzfristig und sachgerecht auszuführen. Reparaturen sind genehmigungsfrei, sofern diese die Kosten von 85,00 Euro netto nicht übersteigen. Ist eine Instandhaltungsmaßnahme und/oder Instandsetzungsmaßnahme durch Vertragspartner vom Hersteller ausgeschlossen, ist die Dokumentation dem Kostenvoranschlag beizufügen. Nach Durchführung der Reparatur ist der gebrauchsfähige Zustand des Hilfsmittels vom Versicherten mit Datumsangabe per Unterschrift zu bestätigen.
- (7) Stellt der Vertragspartner die medizinische Notwendigkeit eines Hilfsmittels und/oder Zubehör/Zuschläge usw. hinsichtlich Art und/oder Umfang in Frage, ist durch den Vertragspartner Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu nehmen.
- (8) Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt (Produktname oder Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Vertragspartner zur Abgabe nur dann verpflichtet, wenn der Vertragsarzt eine medizinische Begründung speziell für diese Versorgung angegeben hat und diese unter medizinisch fachlichen Gesichtspunkten begründet ist.
- (9) Der Vertragspartner verpflichtet sich, das Hilfsmittel nach Erhalt der Verordnung bei konfektionierten Brustprothesen binnen fünf Werktagen, bei individuell gefertigten Brustprothesen binnen acht Wochen zu liefern. Ausnahmen hiervon, die nicht vom Vertragspartner zu vertreten sind, sind von diesem zu dokumentieren und auf Verlangen der AOK Baden-Württemberg vorzulegen. Sofern die Versorgung genehmigungspflichtig ist, beginnt die Frist gemäß Satz 1 mit Auftragserteilung durch die AOK Baden-Württemberg.
- (10) Die Beratungsleistungen gemäß Abs. 4a sind in geeigneter Weise zu dokumentieren und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen nachzuweisen.
- (11) Der Vertragspartner lässt sich den Empfang des gebrauchsfähigen und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten bzw. dessen betreuender Person unter Angabe des Datums schriftlich bestätigen.
- (12) Mehrkosten für Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen können dem Versicherten nur in Rechnung gestellt werden, wenn dem Versicherten eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien

Produkten angeboten wurde und dieser auf eigenen Wunsch eine von der Maßgabe nach Abs. 5 abweichende Versorgung wählt bzw. eine Versorgung wählt, die über das Maß des Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgeht. Über das Angebot, die Beratung, die Wahl des Versicherten und die Höhe entstehender Mehrkosten informiert der Vertragspartner den Versicherten und dokumentiert dies mittels der Anlage 3 (Mehrkostenerklärung). Die Mehrkostenerklärung ist vom Versicherten zu unterschreiben und verbleibt beim Vertragspartner. Sie ist 36 Monate, gerechnet ab dem Tag der Leistungserbringung datenschutzkonform zu archivieren und der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen unter Beachtung des Datenschutzes vorzulegen.

§ 9 Besondere Ausführungen zur Versorgung mit Brustprothesen

- (1) Bei der Versorgung (Erst- sowie Folgeversorgungen) der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Brustprothesen ist die individuelle Passform durch den Vertragspartner zu ermitteln. Dies gilt sowohl für die Abgabe von Konfektionsware als auch bei der Versorgung mit individuellen Brustprothesen.
- (2) Individuell angefertigte Brustprothesen/Maßanfertigungen dürfen nur abgegeben werden, wenn sie im Einzelfall für die Versorgung medizinisch notwendig und vertragsärztlich verordnet sind. Sie sind nicht zulässig, wenn die Versorgung mit konfektionierten, industriell vorgefertigten Brustprothesen eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung gewährleistet. Zur Genehmigung ist ein Kostenvoranschlag (Anlage 2) bei der AOK Baden-Württemberg einzureichen. Bei individuell angefertigten Brustprothesen/Maßanfertigungen ist der Versicherte darauf hinzuweisen, dass die Passgenauigkeit und der Sitz durch den Vertragspartner nachzukontrollieren sind. Diese Leistung ist sowohl für den Versicherten als auch für die AOK Baden-Württemberg kostenlos als Qualitäts- und Servicestandard durch den Vertragspartner durchzuführen.
- (3) Die Regelgebrauchszeit einer Brustprothese zur Definitivversorgung beträgt zwei Jahre. Bei einer vorzeitigen Folgeversorgung ist gegenüber der AOK Baden-Württemberg ein Kostenvoranschlag inkl. einer Verordnung mit entsprechender ärztlicher Begründung einzureichen.
- (4) Das geeignete Befestigungssystem für eine Brustprothese ist unter Berücksichtigung der Compliance der Versicherten und/oder besonderer medizinischer oder anatomischer Erfordernisse auszuwählen. Der Zuschuss zu Fixierungen für Brustprothesen (Prothesen-BH, Haftstreifen, Haftauflage, haftunterstützende Mittel, Haftflächenreiniger, Einnähen von Prothesentasche(n)) kann unabhängig von der gewählten Fixierungsmöglichkeit, auch im Falle einer beidseitigen Amputation, grundsätzlich zweimal jährlich gewährt werden. Eine Folgeversorgung mit einem Prothesenbadeanzug erfolgt in der Regel frühestens drei Jahre nach der Erstversorgung. Bei einer vorzeitigen Folgeversorgung ist gegenüber der AOK Baden-Württemberg ein Kostenvoranschlag inkl. einer Verordnung mit entsprechender ärztlicher Begründung einzureichen.
- (5) Mittel für die Reinigung der Brustprothese und der Haut, spezielle wasserfeste Brustprothesen (sogenannte Schwimmprothesen) und jegliche Form von Entlastungs-BHs (z. B. Sport-BHs) können nicht als Hilfsmittel zu Lasten der AOK Baden-Württemberg abgerechnet werden. Sollte der Entlastungs-BH anstelle eines Brustfixierungs-BHs im Rahmen der Leistungspflicht von der Versicherten gewählt werden, zählt dieser zur Regelversorgung. Optische Besonderheiten an Brustprothesen, wie bspw. eine spezielle Warzenhofgestaltung, sind keine Leistung der GKV, da Brustprothesen immer in einem BH und unter Kleidung getragen werden.

- (6) Sind für Produktarten der Anlage 1 keine Vertragspreise vereinbart, wird vom Vertragspartner zur Angebotsberechnung auf den vom Hersteller ausgewiesenen Einkaufspreis ein Aufschlag in Höhe von 20 % sowie die Arbeitszeit gemäß des in Anlage 1 ausgewiesenen Stundenverrechnungssatzes zzgl. Mehrwertsteuer veranschlagt. Der Kostenvoranschlag (vgl. § 7) hat die entsprechende 10-stellige Abrechnungspositionsnummer für das Grundhilfsmittel sowie die jeweils erforderliche 10-stellige Abrechnungspositionsnummer für das individuell im jeweiligen Einzelfall erforderliche Zubehör (Anlage 1) zu enthalten.
- (7) Bei Brustprothesen, bei denen gemäß der Herstellervorgaben Instandhaltungsmaßnahmen in bestimmten Intervallen vorgegeben sind, ist der AOK Baden-Württemberg ein detaillierter Kostenvoranschlag mit Aufstellung der ggf. erforderlichen Instandhaltungsmaßnahmen und Arbeitszeiten zur Genehmigung einzureichen.
- (8) Ist der Vertragspartner aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die erforderlichen Maßnahmen nach Abs. 7 durchzuführen, bspw. weil der Versicherte nicht reagiert oder nicht zu erreichen ist, setzt sich der Vertragspartner drei Monate vor Ablauf des Wartungsintervalls mit dem zuständigen CC Hilfsmittel in Verbindung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte rechtzeitig, mindestens zweimal zur Mitwirkung durch den Vertragspartner aufgefordert wurde. Der Vertragspartner hat dies zu dokumentieren und nachzuweisen. Das CC Hilfsmittel entscheidet über die weitere Fortführung der Versorgung und teilt diese Entscheidung dem Vertragspartner umgehend mit.
- (9) Vor der Durchführung von Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) und Instandsetzungen (Reparaturen) ist der Vertragspartner verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Soweit Garantie-/Gewährleistungsansprüche bestehen, besteht keine Leistungspflicht der AOK Baden-Württemberg.
- (10) Für Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) und Instandsetzungen (Reparaturen) am Hilfsmittel tritt ebenfalls mit der (erneuten) Aushändigung des Hilfsmittels an den Versicherten eine Gewährleistung nach den gesetzlichen Bestimmungen ein.
- (11) Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) sowie Instandsetzungen (Reparaturen) sind grundsätzlich genehmigungspflichtig (vgl. § 7 Abs. 3), Ausnahmen sind in der Anlage 1 bzw. in § 8 Abs. 6 geregelt. Bei Instandsetzungen, die zum Funktionserhalt des Hilfsmittels erforderlich sind, erhält die AOK Baden-Württemberg vom Vertragspartner einen schriftlichen Hinweis auf dem Kostenvoranschlag (beim eKVA-Verfahren im Bemerkungsfeld), wenn die Instandsetzungsmaßnahmen auf die unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen sind; dies gilt auch für Reparaturen, die den in § 8 Abs. 6 vereinbarten Betrag übersteigen.

§ 10 Vergütung

- (1) Die Vergütung der Leistungen erfolgt für jeden anspruchsberechtigten Versicherten auf Basis der Anlage 1. Mit der Vergütung nach Anlage 1 sind der in diesem Vertrag beschriebene Leistungsumfang und damit im Zusammenhang stehenden Kosten (Dienst- und Serviceleistungen, Versand-, Fahrkosten, usw.) vollumfänglich abgegolten.
- (2) Die vereinbarten Vertragspreise sind Nettopreise und verstehen sich zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer. Der Verband stellt Angaben zu den Mehrwertsteuersätzen seinen Mitgliedsbetrieben, die dem Vertrag beigetreten sind, zur Verfügung. Er gibt diese Informationen, sowie Änderungsmitteilungen durch die zuständigen Finanzbehörden an die AOK

Baden-Württemberg weiter.

- (3) Für die Abrechnung von Leistungen, für die kein Vertragspreis vereinbart worden ist, erfolgt die Kalkulation anhand der in Anlage 1 vereinbarten Kalkulationsgrundsätze.
- (4) Ein Hausbesuch oder Besuch in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen („Klinikbesuch“) ist nur abrechnungsfähig, wenn auf Grund der Schwere der Erkrankung ein Besuch in der Betriebsstätte des Vertragspartners für den Versicherten unzumutbar ist. Der Hausbesuch ist verordnungspflichtig. Die Haus-/Klinikbesuchspauschale kann einmal je Versorgungsfall abgerechnet werden.
- (5) Vertragspartner, die in oder an Kliniken Betriebsstätten haben, können aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer Klinikempfehlung Hilfsmittel an in dieser Klinik stationär aufgenommene Versicherte abgeben. Ein Anspruch auf Kostenübernahme eines Klinikbesuchs durch die AOK Baden-Württemberg besteht in diesen Fällen nicht.
- (6) Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf die Vergütung, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Nimmt ein Versicherter ein konfektioniertes Hilfsmittel nicht in Empfang, besteht kein Anspruch auf Vergütung. Nimmt ein Versicherter ein für ihn individuell nach Maß gefertigtes Hilfsmittel nicht in Empfang, so ist er vom Vertragspartner mindestens zweimal schriftlich im Zeitraum von vier Wochen bei einem Mindestabstand von zwei Wochen zur Abholung aufzufordern, bevor ein Vergütungsanspruch unter Vorlage der entsprechenden Dokumentation geltend gemacht werden kann. Das individuell nach Maß gefertigte Hilfsmittel ist für einen Zeitraum von 12 Wochen nach der ersten Erinnerung durch den Vertragspartner zur Abholung bereitzustellen. Der Vertragspartner teilt die geplante Entsorgung des Hilfsmittels der AOK Baden-Württemberg 14 Tage vor Ablauf der 12 Wochen schriftlich mit.
- (7) Verstirbt der Versicherte vor Abgabe eines für ihn individuell nach Maß gefertigten Hilfsmittels vergütet die AOK Baden-Württemberg den bisher angefallenen Aufwand für nicht wiederverwendbare Teile angemessen. In diesen Fällen reicht der Vertragspartner einen Kostenvorschlag mit detaillierter Kalkulation der bis dahin erbrachten Leistungen zur Prüfung ein und hält das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die AOK Baden-Württemberg bereit.

§ 11 Zuzahlungen

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mit einem Hilfsmittel versorgt werden, unterliegen der Zuzahlungspflicht, sofern sie nicht nach § 62 SGB V befreit sind.
- (2) Der Vertragspartner hat den Versicherten mit Überlassung des Hilfsmittels über die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß §§ 33 und 61 SGB V zu informieren.
- (3) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Vertragspartner in Höhe von jeweils 10 % des Vertragspreises, mindestens jeweils in Höhe von 5,00 Euro bis höchstens jeweils in Höhe von 10,00 Euro, einzuziehen.
- (4) Die geleistete Zuzahlung ist dem Versicherten kostenlos zu quittieren.
- (5) Eine über die gesetzlichen Zuzahlungspflichten und über die Maßgaben dieses Vertrages hinausgehende Forderung von Entgelten für die Versorgung gegenüber dem Versicherten ist unzulässig.

§ 12 Abrechnung

- (1) Es dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die vom Vertragspartner unter Einhaltung der vertraglichen Regelungen selbst erbracht wurden.
- (2) Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Der Vertragspartner kann seine Leistungen ab dem Tag der Leistungserbringung gegenüber der AOK Baden-Württemberg abrechnen.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt mindestens einmal monatlich für alle Versorgungs- und Abrechnungsfälle in Form von Einzel- oder Sammelrechnungen. Der Umfang einer Sammelrechnung ist grundsätzlich auf maximal 50 Verordnungen zu begrenzen.
- (4) Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die Abrechnung erhält folgende Bestandteile:
 - a. Abrechnungsdaten (vgl. Anlage 1 der DTA-Richtlinien)
 - b. Gesamtaufstellung (§ 6 der DTA-Richtlinien)
 - c. Begleitzettel der Urbelege (vgl. Anlage 4 der DTA-Richtlinien)
 - d. Urbelege:
 - sofern zutreffend, vertragsärztliche Verordnung bzw. Entlassverordnung im Original,
 - sofern die Versorgung gemäß § 7 genehmigungspflichtig ist und die Genehmigung nicht per eKVA übermittelt wurde, der genehmigte Kostenvoranschlag,
 - Empfangsbestätigung zum Erhalt des Hilfsmittels gemäß § 8 Abs. 11.
- (6) Die maschinellen Datensätze gemäß Abs. 5a hat der Vertragspartner an die zentrale Datenanahme- und Verteilstelle (DAV) der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln. Die zahlungsbegründenden Unterlagen gemäß Abs. 5b bis d (papiergebundenen Unterlagen) sind an das zuständige CC Hilfsmittel der AOK Baden-Württemberg zu senden.
- (7) Werden die Abrechnungsdaten nicht auf elektronischem Wege übertragen bzw. nicht maschinell verwertbar übermittelt und hat dies der Vertragspartner zu vertreten, stellt die AOK Baden-Württemberg die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten dem Vertragspartner durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung (§ 303 SGB V). Die Rechnung wird entsprechend gekürzt.
- (8) Der Schlüssel „Spezifikation Anwendungsort“ ist gemäß Anlage 3 der DTA-Richtlinien bei Abrechnungen anzugeben.
- (9) Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Abrechnungspositionsnummer und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern (Anlage 1). Dabei ist die Angabe des jeweiligen Vertragspartnergruppenschlüssels (Abrechnungscode/Tarifkennzeichen gemäß der Anlage 1) zwingend erforderlich. Grundsätzlich muss je Grundhilfsmittel ein separater Datensatz angeliefert werden.
- (10) Falls in Einzelfällen keine 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer vorhanden ist (vgl. § 4 Abs. 5), ist die Produktart des verordneten Hilfsmittels mit den Ziffern „900“ anzugeben und im Textfeld ist der Name des tatsächlich abgegebenen Hilfsmittels zu ergänzen.
- (11) Die gesetzliche Zuzahlung ist vom Gesamtbetrag abzuziehen und gesondert auszuweisen.

- (12) Im Falle einer Versorgung, bei der der Versicherte Mehrkosten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V zu tragen hat, hat der Vertragspartner bei der Abrechnung die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V im Datensatz anzugeben.
- (13) Das Zahlungsziel beträgt 28 Tage. Die Zahlungsfrist beginnt erst nach Eingang aller erforderlichen Abrechnungsbestandteile. Ist die Abrechnung ganz oder teilweise fehlerbehaftet oder unvollständig, behält sich die AOK Baden-Württemberg vor, die jeweils konkret beanstandete Rechnung bzw. den jeweils konkret beanstandeten Teil einer Sammelrechnung an den Vertragspartner zurückzusenden. Der Beginn der Zahlungsfrist verschiebt sich entsprechend. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist gegenüber dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt das Zahlungsziel auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich das Fristende auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (14) Dem Vertragspartner obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers (Abrechnungsdaten) und der papiergebundenen Unterlagen.
- (15) Die Zahlung erfolgt unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung der AOK Baden-Württemberg. Beanstandungen müssen dem Vertragspartner schriftlich mitgeteilt werden.
- (16) Rechnungsreduzierungen/-absetzungen durch die AOK Baden-Württemberg dürfen vom Vertragspartner nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden, sofern der Grund für die Reduzierung/Absetzung im Verantwortungsbereich des Vertragspartners liegt.
- (17) Überträgt der Vertragspartner die Abrechnung einer zentralen Abrechnungsstelle, so hat der Vertragspartner die AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren sowie den Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, den Namen der beauftragten Abrechnungsstelle, deren Gesellschaftsform, ihren Sitz, das zuständige Registergericht und deren Institutionskennzeichen mitzuteilen. Darüber hinaus hat der Vertragspartner schriftlich anzuzeigen, ob und ggf. welche Abrechnungsforderungen durch Abtretung auf die bezeichnete Abrechnungsstelle übertragen werden. Dasselbe gilt bei einem Wechsel der Abrechnungsstelle. Das Formblatt „Abtretungs- und Schuldbefreiungserklärung an Abrechnungsstelle“ ist im AOK Gesundheitspartner-Portal abrufbar (<https://www.aok.de/gp/>).
- (18) Zahlungen an die gemäß Abs. 17 benannte Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK Baden-Württemberg. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der beauftragten Abrechnungsstelle und dem Vertragspartner mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Dies gilt so lange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Vertragspartner bei der AOK Baden-Württemberg nachgewiesen ist und er der AOK Baden-Württemberg einen neuen Zahlungsempfänger nebst Bankverbindung mitgeteilt hat.
- (19) Forderungen des Vertragspartners gegenüber der AOK Baden-Württemberg dürfen nicht abgetreten oder verpfändet werden. Ausgenommen davon sind Abtretungen an die beauftragte Abrechnungsstelle.

§ 13 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz

- (1) Der Vertragspartner übernimmt bei Gefahrübergang (Abgabe/Auslieferung des Hilfsmittels) die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, insbesondere für die Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels. Es gelten die Regelungen der gesetzlichen Gewährleistung (Kaufvertragsrecht, Werkvertragsrecht), sofern in diesem Vertrag nichts anderes geregelt ist.

- (2) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK Baden-Württemberg berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Vertragspartners die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. In diesem Fall hat der Vertragspartner die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung zu tragen.
- (3) Der Vertragspartner haftet nach den gesetzlichen Haftungsregelungen für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten dadurch entstehen, dass das Hilfsmittel fehlerhaft ausgeliefert worden ist.
- (4) Der Vertragspartner stellt die AOK Baden-Württemberg von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Vertragspartners stehen, frei.
- (5) Der Vertragspartner haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und/oder bei Gelegenheit der vertraglichen Leistungserbringung entstehen. Ein eventueller Untergang, eine Verschlechterung oder der Verlust des Hilfsmittels, der/die in Erfüllung und/oder bei Gelegenheit der vertraglichen Leistungserbringung eintritt, geht nicht zu Lasten der AOK Baden-Württemberg; dem Vertragspartner steht es frei, sich beim Verursacher schadlos zu halten.
- (6) Die AOK Baden-Württemberg haftet nicht für Schäden und/oder Verluste, die der Vertragspartner oder seine Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die AOK Baden-Württemberg von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art freizustellen.
- (7) Der Vertragspartner ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden für die Laufzeit des Vertrages, entsprechend den Empfehlungen des § 126 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, vorzuhalten.
- (8) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für vorsätzliche und grob fahrlässige Pflichtverletzungen der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungsgehilfen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der AOK Baden-Württemberg, ihrer Mitarbeiter oder Erfüllungsgehilfen beruhen.
- (9) Im Übrigen haftet der Vertragspartner nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.
- (10) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK Baden-Württemberg 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 Baden-Württemberg auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Baden-Württemberg unverzüglich eine Aufstellung der laufenden Versorgungsleistungen von Versicherten der AOK Baden-Württemberg zu übermitteln.

§ 14 Öffentlichkeitsarbeit/Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Baden-Württemberg beziehen.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Vertragspartner, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder

bestimmter Produkte, ist nicht zulässig.

- (3) Die Versorgung mit mehrkostenfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter oder seinem Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 15 Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Vertragspartner) ist unzulässig. Annahmestellen für Verordnungen sind ebenfalls unzulässig; dies gilt nicht für die Annahme von Verordnungen durch Filialbetriebe des Vertragspartners.
- (2) Sprechstunden von Vertragspartnern in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nicht zulässig.
- (3) Der Vertragspartner hat die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten, insbesondere
 - a. ist die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden.
 - b. darf der Vertragspartner Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.
 - c. ist die Zahlung einer Vergütung durch den Vertragspartner für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, unzulässig.
 - d. sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien, die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen des Vertragspartners, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, unzulässige Zuwendungen.

§ 16 Datenschutz/Schweigepflicht

- (1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten. Dies bedeutet insbesondere
 - a. die Vertragspartner sind verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Insbesondere sind unter Berücksichtigung des Stands der Technik geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, um die Anforderungen des Art. 25 der EU-DSGVO umzusetzen.
 - b. der Vertragspartner ist insbesondere verpflichtet, die ihm im Rahmen dieses Vertrages von der AOK Baden-Württemberg übermittelten bzw. bekanntwerdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und

Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.

- c. für die Durchführung des eKVA-Verfahrens hat der Vertragspartner sicherzustellen, dass die Übermittlung der Daten ausschließlich über einen IT-Dienstleister erfolgt, der einen gültigen Dienstleistervertrag über das eKVA-Verfahren im Bereich Hilfsmittel mit der AOK Baden-Württemberg hat und damit seinerseits im Hinblick auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet ist.
- d. der Vertragspartner darf die ihm überlassenen, zu schützenden Daten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Vertragspartner nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist, es sei denn, der Versicherte hat in eine zeitlich darüber hinaus gehende Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) oder Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO eingewilligt. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- e. der Vertragspartner ist gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO verpflichtet, die von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter/innen und sonstigen Dritten auf die Beachtung der Datenschutzvorschriften hinzuweisen, zu belehren und darauf schriftlich zu verpflichten. Die Geheimhaltungspflicht des Vertragspartners und der von ihm zur Durchführung dieses Vertrages beauftragten Mitarbeiter/innen und sonstigen Dritten reicht über das Vertragsende hinaus fort.
- f. der Vertragspartner 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 dem Zugriff und der Einsichtnahme durch Dritte zu schützen.
- g. der Vertragspartner ist verpflichtet, Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten unverzüglich an die AOK Baden-Württemberg zu melden (Art. 33 EU-DSGVO). In diesem Falle hat der Vertragspartner sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Daten zu treffen. Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK Baden-Württemberg für alle materiellen und immateriellen Schäden, die durch von ihm zu verantwortenden Verletzungen gegen die datenschutzrechtlichen Anforderungen der EU-DSGVO und des SGB entstehen.

§ 17 Qualitätssicherung

- (1) Die AOK Baden-Württemberg ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der dem Vertragspartner nach dem SGB V obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Sie ist berechtigt, sämtliche Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Pflichten aus § 127 Abs. 7 SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung des GKV-SV nach § 127 Abs. 8 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung zu erfüllen.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg ist berechtigt, die Versorgung nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Vertragspartner die AOK Baden-Württemberg auf Anforderung 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.

- (3) Die AOK Baden-Württemberg kann für Maßnahmen zur Qualitätssicherung eigene Fachkräfte und/oder den MD nach § 275 Abs. 3 SGB V beauftragen. Anfragen der AOK Baden-Württemberg und/oder der beauftragten Gutachter zu Versorgungsfällen bzw. zur Versorgungsqualität sind unverzüglich und kostenfrei durch den Vertragspartner zu beantworten.
- (4) Der Vertragspartner ist zur Mitwirkung an den von der AOK Baden-Württemberg gewählten Prüfungsmaßnahmen verpflichtet. Insbesondere hat er der AOK Baden-Württemberg die für die Prüfung erforderlichen Informationen und Unterlagen im gesetzlich zulässigen Ausmaß zur Verfügung zu stellen.
- (5) Der Vertragspartner ist außerdem verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg die von den Versicherten unterzeichneten Bestätigungen über die Durchführung der Beratung nach § 127 Abs. 5 SGB V auf Verlangen vorzulegen.
- (6) Sofern die AOK Baden-Württemberg auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Vertragspartner diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Baden-Württemberg umgehend zu übermitteln. Er ist verpflichtet, der AOK Baden-Württemberg auf deren Verlangen auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung des jeweiligen Versicherten zu übermitteln, soweit die schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten vorliegt.
- (7) Zur Klärung einzelner Sachverhalte ist die AOK Baden-Württemberg berechtigt, Vor-Ort-Besuche beim Vertragspartner unter Beachtung einer angemessenen Ankündigungsfrist durchzuführen.

§ 18 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

- (1) Erfüllt der Vertragspartner seine Vertragspflichten nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen Vertragspflichten und hat der Vertragspartner dies zu vertreten, so kann ihn die AOK Baden-Württemberg unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit warnen, unter den in Abs. 4 genannten Voraussetzungen eine Vertragsstrafe aussprechen oder den Vertrag außerordentlich kündigen. Warnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg gibt dem Vertragspartner vor Verhängung der in Abs. 1 benannten Maßnahmen die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- (3) Als Verstöße im Sinne von Abs. 1 gelten insbesondere
 - a. nicht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführte Beratung von Versicherten über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung gemäß § 8 Abs.4a,
 - b. Abrechnung nicht oder nicht selbst ausgeführter Leistungen und/oder Lieferungen,
 - c. Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und/oder der Abrechnung entsprechen,
 - d. Abgabe von Hilfsmitteln unter Verstoß gegen § 8 Abs. 12 und/oder Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 11 Abs. 5,
 - e. Nichtanlieferung der Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten gemäß § 12 Abs. 12,
 - f. Verstoß gegen Dokumentationspflichten gemäß § 8 Abs. 10 und/oder 12,

- g. unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 15 Abs. 3),
 - 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. § 15 Abs. 3),
 - i. Leistungserbringung trotz Nichterfüllung bzw. Wegfall der Eignungsvoraussetzungen gemäß § 3,
 - j. Leistungserbringung mit Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
 - k. nicht oder nicht rechtzeitige Aufgabenerfüllung der Betreiberpflichten der MPBetreibV gemäß § 5,
 - l. Verstoß gegen die Grundsätze der Leistungserbringung gemäß § 4 oder Verstoß gegen § 17,
 - m. Verstoß gegen den Datenschutz gemäß § 16.
- (4) Die AOK Baden-Württemberg kann bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verstoß im Sinne des Abs. 3 nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5.000,00 Euro je Einzelfall fordern. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5 % des gezahlten Bruttorechnungsbetrages, bezogen auf den Gesamtumsatz nach diesem Vertrag, der im Zeitraum von bis zu 24 Monaten vor dem Verstoß getätigt wurde. Ggf. gemäß § 12 Abs. 7 erfolgte Kürzungen werden angerechnet.
- (5) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen des Abs. 3g. oder 3h. kann der Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V).
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Abs. 1 bis 5 hat der Vertragspartner den durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachten Schaden zu ersetzen. Ggf. gemäß Abs. 4 verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet.

§ 19 Inkrafttreten, Dauer, Beendigung und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 01.07.2022 in Kraft und löst alle bisherigen Regelungen nach § 127 SGB V für diesen Produktbereich ab. Maßgeblich für die Anwendung des Vertrages ist das Verordnungsdatum.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.06.2025, schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Ein wichtiger Grund zur außerordentlichen Kündigung besteht für die AOK Baden-Württemberg insbesondere, wenn
- a. ein Grund im Sinne des § 18 Abs. 3 vorliegt,
 - b. durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung oder durch eine gerichtliche oder behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahme die Erfüllung des Vertrages untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (4) Eine Kündigung des Vertrages durch die AOK Baden-Württemberg gegenüber dem Verband oder durch den Verband gegenüber der AOK Baden-Württemberg entfaltet unmittelbare

Wirkung gegenüber den diesem Vertrag beigetretenen Mitgliedern des Verbandes. Es bedarf keiner gesonderten Kündigung gegenüber bzw. von den einzelnen Verbandsmitgliedern.

- (5) Sofern der GKV-Spitzenverband nach § 36 Abs. 2 SGB V Festbeträge unterhalb der vereinbarten Vertragspreise für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt, gelten die entsprechend vertraglich vereinbarten Preise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Die Festbeträge gelten dann ab dem Tag ihres Inkrafttretens. Sie gelten für alle Versorgungen, bei denen die Verordnung nach dem Stichtag erfolgt. Der Vertrag im Übrigen bleibt hiervon unberührt.
- (6) Der Vertragspartner hat die begonnenen Versorgungen nach diesem Vertrag bis zum Ende des jeweiligen Vergütungszeitraumes in vollem Umfang sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Zeitablauf, Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet.
- (7) Nach Beendigung des Vertrages ausgestellte Verordnungen hat der Vertragspartner, soweit sie an ihn übermittelt werden, unverzüglich an den Versicherten zurückzugeben.

§ 20 Schlussbestimmungen

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

Ort, Datum

AOK Baden-Württemberg

Ort, Datum

EGROH Service GmbH

Anlagen

- Anlage 1 - Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2 - Kostenvoranschlag
- Anlage 3 - Mehrkostenerklärung des Versicherten
- Anlage 4 - Beitrittserklärung für Verbandsmitglieder

Abrechnungspositionennummer	Bezeichnung	Kennzeichen Hilfsmittel (VWKZ)	Nettopreis/Stück ab 01.07.2022	Nettopreis/Stück ab 01.04.2023	Nettopreis/Stück ab 01.07.2024	MwSt-Satz e = 7% v = 19%	Genehmigungspflichtig J = Ja N = Nein
37.35.01.	Brustprothesen zur Erstversorgung						
37.35.01.0	Brustprothesen aus textilen Geweben, mit oder ohne Füllung	00	76,00 EUR	78,28 EUR	81,41 EUR	e	N
37.35.01.1	Brustprothesen aus Schaumstoff, mit oder ohne Füllung	00	81,00 EUR	83,43 EUR	86,77 EUR	e	N
37.35.02.	Brustprothesen (symmetrisch und asymmetrisch)						
37.35.02.0	Silikonbrustprothesen	00	258,00 EUR	265,74 EUR	276,37 EUR	e	N
37.35.02.1	Silikonbrustprothesen mit Haftmöglichkeit	00	KV	KV	KV	e	J
37.35.03.	Brustprothesen mit funktioneller Rückseite (symmetrisch und asymmetrisch)						
37.35.03.0	Silikonbrustprothesen mit druckentlastender Rückseite	00	264,00 EUR	271,92 EUR	282,80 EUR	e	N
37.35.03.1	Silikonbrustprothesen mit druckentlastender Rückseite und Haftmöglichkeit	00	288,00 EUR	296,64 EUR	308,51 EUR	e	N
37.35.03.2	Silikonbrustprothesen mit belüftungsfördernder Rückseite	00	281,00 EUR	289,43 EUR	301,01 EUR	e	N
37.35.04.	Brustprothesen als Leicht-Brustprothesen (symmetrisch und asymmetrisch)						
37.35.04.0	Leicht-Silikonbrustprothesen	00	257,00 EUR	264,71 EUR	275,30 EUR	e	N
37.35.04.1	Leicht-Silikonbrustprothesen mit Haftmöglichkeit	00	275,00 EUR	283,25 EUR	294,58 EUR	e	N
37.35.05.	Brustprothesen als Leichtbrustprothese mit funktioneller Rückseite (symmetrisch und asymmetrisch)						
37.35.05.0	Leicht-Silikonbrustprothesen mit druckentlastender Rückseite	00	260,00 EUR	267,80 EUR	278,51 EUR	e	N
37.35.05.1	Leicht-Silikonbrustprothesen mit druckentlastender Rückseite und Haftmöglichkeit	00	282,00 EUR	290,46 EUR	302,08 EUR	e	N
37.35.05.2	Leicht-Silikonbrustprothesen mit belüftungsfördernder Rückseite	00	260,00 EUR	267,80 EUR	278,51 EUR	e	N
37.35.06.	Brustprothesen als Schalenprothesen zum Ausgleich						
37.35.06.0	Ausgleichs-Silikonbrustprothesen	00	255,00 EUR	262,65 EUR	272,00 EUR	e	N
37.35.06.1	Ausgleichs-Silikonbrustprothesen mit Haftmöglichkeit	00	264,00 EUR	271,92 EUR	282,80 EUR	e	N
37.35.07.	Brustteilprothesen						
37.35.07.0	Brustteilprothesen aus Silikon	00	262,00 EUR	269,86 EUR	280,65 EUR	e	N
37.35.07.1	Brustteilprothesen aus Silikon mit Haftmöglichkeit	00	269,00 EUR	277,07 EUR	288,15 EUR	e	N
37.35.08.	Spezial-Brustprothesen						
37.35.08.0	Individuell zurichtbare Brustprothesen	00	KV	KV	KV	e	J
37.35.08.1	Individuell zurichtbare Leichtbrustprothesen	00	276,00 EUR	284,28 EUR	292,00 EUR	e	N
37.35.08.2	Individuell zurichtbare Brustprothesen mit druckentlastender Rückseite	00	KV	KV	KV	e	J
37.35.08.3	Individuell zurichtbare Leichtbrustprothesen mit druckentlastender Rückseite	00	314,00 EUR	323,42 EUR	336,36 EUR	e	N
37.35.08.4	Brustprothesen mit individuell hergestellter Prothesenrückseite	00	KV	KV	KV	e	J
37.35.08.5	Ausgleichsbrustprothesen mit individuell hergestellter Prothesenrückseite	00	KV	KV	KV	e	J
37.35.08.6	Brustprothesen, individuell hergestellt	00	KV	KV	KV	e	J
37.35.08.7	Individuell zurichtbare Teilbrustprothesen mit druckentlastender Rückseite	00	312,00 EUR	321,36 EUR	334,21 EUR	e	N
37.35.08.8	Individuell zurichtbare Brustprothesen als Schalenprothesen zum Ausgleich mit druckentlastender Rückseite	00	312,00 EUR	321,36 EUR	334,21 EUR	e	N
37.35.99.	Brustprothesen-Zubehör						
37.35.99.0	Künstliche Brustwarzen	00	36,00 EUR/Stück, 45,00 EUR/Paar	37,00 EUR/Stück, 46,00 EUR/Paar	38,00 EUR/Stück, 47,00 EUR/Paar	e	N
37.99.99.	Abrechnungspositionen						
37.99.99.0	Zuschuss zur Prothesenfixierung	00	33,61 EUR	33,61 EUR	33,61 EUR	v	N
37.99.99.1	Zuschuss zu speziellen Prothesenbadeanzügen	00	42,02 EUR	42,02 EUR	42,02 EUR	v	N
37.99.99.2	Hautverträgliche Kleber für künstliche Brustwarzen	00/12	KV	KV	KV	e/v	N
37.00.99.3000	Material incl. Aufschlagsatz in Höhe von 20% (Angaben der genauen Bezeichnung und Kosten für Material sowie der Höhe des jeweiligen Betrages für den Aufschlagsatz auf dem Kostenvoranschlag, vgl. Anlage 2)	00/01/12	KV	KV	KV		J
37.00.99.5000	Stundenverrechnungssatz Arbeitsminute	00/01/12	62,40 EUR/h 1,04 EUR/Min	64,20 EUR/h 1,07 EUR/Min	65,40 EUR/h 1,09 EUR/Min		J
37.00.99.1000	Haus-/Klinikbesuchspauschale*	00	27,00 €	29,00 €	30,00 €	e/v	analog der Grundpos.
Besonderheiten							
Bei der Abrechnung ist der Schlüssel Spezifikation Anwendungsort gemäß Anlage 3 der DTA-Richtlinien anzugeben, sofern das Hilfsmittel einem Anwendungsort zugeordnet werden kann. 0 = Links 1 = Rechts 2 = beidseitig							
*Der Hausbesuch ist verordnungspflichtig.							
Kostenvoranschlag (KV):							
Bei Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) sowie bei Instandsetzungsmaßnahmen (Reparaturen), ist gemäß § 7 Abs. 10 des Vertrages jedem Kostenvoranschlag die jeweilige Abrechnungspositionennummer (Grundposition), welche die Art und den Ort der Versorgung abbildet, voranzustellen. Diese Position ist mit einem Preis von 0,00 EUR zu versehen.							
Kennzeichen Hilfsmittel (VWKZ) lt. Anlage 3 zum DTA:							
00 = Neuversorgung 01 = Reparatur 12 = Zubehör							
Reparaturen sind grundsätzlich bis zu einem Gesamtbetrag von 85,00 EUR netto genehmigungsfrei.							

Kostenvoranschlag

Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Angaben:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift und KV-Nummer des Versicherten aus der Hilfsmittelverordnung
- Lebenslange Krankenhaus-/Arztnummer und Betriebsstättennummer aus der Hilfsmittelverordnung
- Name, Anschrift, Telefon, E-Mail und IK des Leistungserbringers
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer(n) (HMV-Nr.) nach dem Hilfsmittelverzeichnis (HMV) oder die kassenspezifische(n) Abrechnungspositionsnummer(n). Für nicht im HMV gelistete Produkte ist die verordnete Produktart (HMV-Nr. bis zur siebten Stelle) anzugeben, die insgesamt zehnstellige HMV-Nr. ist für die 8. - 10. Stelle mit den Ziffern "900" zu vervollständigen. Zusätzlich ist die Bezeichnung des Hilfsmittels, die Menge und das Verwendungskennzeichen anzugeben.
- Bei Änderungen, Instandhaltungsmaßnahmen (Wartung und Inspektion) sowie Instandsetzungsmaßnahmen (Reparaturen) ist das Grundhilfsmittel mit einem Preis von 0,00 Euro zu versehen. Auf dem Kostenvoranschlag ist zwingend anzugeben, welche Brustprothese (Lieferdatum) repariert werden soll.
- Preis je Stück (netto), mit Angabe der Einzelkomponenten/Optionen
- Der Kostenvoranschlag muss eine Auflistung der Einzelpositionen mit Angabe der Beträge enthalten.

Ist kein Vertragspreis vereinbart, sind die Einkaufspreise (zzgl. dem vertraglich vereinbarten Aufschlagsatz (Summe aus EK Netto + 20 %)) für alle Einzelkomponenten/Optionen anzugeben. Ein detaillierter Nachweis (Herstellerkostenvoranschlag) aller angesetzten Einkaufspreise ist dem Kostenvoranschlag beizufügen (beim eKVA als Image).
- sonstige Bemerkungen (z. B. Ansprechpartner/in für Rückfragen)

Hinweis zum elektronischen Kostenvoranschlagsverfahren (eKVA):

Der eKVA wird zukünftig aufgrund des Schiedsspruchs zu den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V für alle Leistungserbringer verpflichtend. Nach der maximalen Übergangszeit von drei Jahren sind ab 01.02.2023 Kostenvoranschläge ausschließlich elektronisch abzugeben.

Anlage 2: Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 37 (Brustprothesen), gültig ab 01.07.2022 (AC/TK 15 01 E37)

Menge Hilfsmittel	Einzelbetrag
(Stück) 10-stellige HMV-Nr., Bezeichnung	X,XX Euro *)
	<i>und/oder</i>
(Stück) 10-stellige HMV-Nr., Bezeichnung	X,XX Euro **)
	<i>und sofern zutreffend:</i>
(Stück) 10-stellige HMV-Nr. für Zubehör/Zusätze/Zuschläge, Bezeichnung	X,XX Euro *)
	<i>und/oder</i>
(Stück) 10-stellige HMV-Nr. für Zubehör/Zusätze/Zuschläge, Bezeichnung	X,XX Euro **)
	<i>und sofern zutreffend:</i>
(Stück) 37.00.99.3000 Material (inkl. Aufschlagsatz), Menge, Einheit, Bezeichnung	X,XX Euro ***)
Diese Position enthält 20% (XX,XX EUR) Aufschlag *****)	
(Stück) 37.00.99.5000 Arbeitszeit in Minuten	X,XX Euro
	<hr/> Zwischensumme
+ MwSt. % (<i>ermäßigt/voll – getrennt ausweisen</i>)	X,XX Euro
	<hr/> Gesamtbetrag
- Abzüglich Zuzahlung gem. §§ 33 und 61 SGB V (Berechnung von Gesamtbetrag)	X,XX Euro
	<hr/> Abrechnungsbetrag

- *) Vereinbarter Vertragspreis
- **) Summe aus: Einkaufspreis gemäß beigefügtem Nachweis und Aufschlag (EK + 20 %)
- ***) Einkaufspreis rein Netto
- *****) Angabe auf Kostenvoranschlag/Image zwingend erforderlich

Anlage(n): Ärztliche Verordnung, sofern zutreffend: Einkaufsnachweis (Kostenvoranschlag) des Herstellers

Mehrkostenerklärung des Versicherten

Informationen zum Versicherten Name – Adresse – Versichertennummer Angaben Krankenversicherungskarte	Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK
--	---

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
- telefonische Beratung
- vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Ich wurde über das mehrkostenfreie Angebot einer Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 37 (Brustprothesen) informiert. Die gesetzliche Zuzahlung ist hiervon unabhängig von mir zu leisten. Mir wurde eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien und für mich individuell geeigneten Produkten angeboten.

Folgende mehrkostenfreie Produkte wurden mir angeboten:

Produkt inkl. 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer

Obwohl ich über diese mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeit aufgeklärt worden bin, wünsche ich ausdrücklich eine abweichende Versorgung bzw. eine Versorgung, die über das Maß des medizinisch Notwendigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Es wurde die Lieferung von folgendem mehrkostenpflichtigen Produkt vereinbart:

Produkt inkl. 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind begründet durch:

- Mehrnutzen, der über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht, bspw.
 - Komfort/Ästhetik
 - Sonstiges (bitte angeben): _____

oder

- meinen Wunsch, mit einem Produkt abseits der o. g. mehrkostenfrei angebotenen Auswahl versorgt zu werden.

Die daraus entstehenden privaten Mehrkosten in Höhe von _____, _____ **Euro** trage ich selbst.

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann,
- die Mehrkosten nicht im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja: Nein:

Ort, Datum

**Unterschrift des Versicherten bzw.
gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten**

Beratende/r Mitarbeiter/in

Beitrittserklärung für Mitgliedsbetriebe der EGROH Service GmbH

Zur Übersendung an das jeweilige CompetenceCenter Hilfsmittel der zuständigen AOK-Bezirksdirektion

Wichtiger Hinweis: Für jeden Filialbetrieb ist bitte die Beitrittserklärung gesondert auszufüllen.

(Name/ggf. Rechtsform)	(Telefon/Fax)
(Straße/Hausnummer)	(E-Mail)
(Postleitzahl/Ort)	(Institutionskennzeichen)

§ 1 Erfüllung der Voraussetzungen für den Vertragsbeitritt

Der Beitretende sichert mit der Unterzeichnung zu, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfüllt. Die hierfür gegebenenfalls noch zu erbringenden Nachweise sind dieser Beitrittserklärung beizufügen. Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen sind der AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 2 Nachträgliche Änderung des Vertrages

Nachträgliche Vertragsänderungen werden für Beigetretene ohne weitere Anerkennung verbindlich.

§ 3 Kündigung des Vertrages

Wird der u. g. Vertrag gekündigt, besteht ab dem Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrages auch für Beigetretene kein Anspruch mehr auf die Abgabe von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag.

§ 4 Wirksamkeit des Beitritts

Der Beitritt wird frühestens mit Zugang der Beitrittserklärung des Mitgliedsbetriebes wirksam. Nach erfolgter Prüfung der AOK Baden-Württemberg erhält das Verbandsmitglied eine schriftliche Beitrittsbestätigung.

Vertragstitel	Vertrag vom	AC/TK bzw. Vertragscode
Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 37 (Brustprothesen)	01.07.2022	<input type="checkbox"/> 15 01 E37

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den Leitfaden zum Vertragsbeitritt (Link: <https://www.aok.de/gp/>) zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte der Verträge informiert. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir dem aufgeführten Vertrag der AOK Baden-Württemberg beitreten möchte/n.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Leistungserbringers