

**Abrechnungscode/Tarifkennzeichen:**

Zwischen	Apotheken	11 01 101
	Sanitätshäuser	15 01 101
	Sonstige Vertragspartner	19 01 101

**der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart  
(vertreten durch den Vorstand),**

**der Pflegekasse bei der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart  
(vertreten durch den Vorstand),**

- nachfolgend „AOK“ genannt -

und dem

**Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und medizinischer  
Fachhandel Südwest e.V., Stuttgart  
(vertreten durch den Vorstand),**

- nachfolgend „FOS“ genannt -

wird folgende

**Preisvereinbarung**  
gemäß § 127 SGB V  
über wiedereinsetzbare Hilfsmittel

geschlossen:

**§ 1**

**Vertragsgegenstand, Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung regelt nach Maßgabe des § 127 SGB V die Vergütung für die Versorgung von Versicherten der AOK mit Rehabilitationsmitteln und anderen Hilfsmitteln, soweit sie Gegenstand dieser Vereinbarung sind.
- (2) Sie gilt für die AOK und die Mitglieder des Fachverbandes, sowie für Nichtmitglieder, sofern sie dieser Vereinbarung durch eine Beitrittserklärung (Anlage 5) beigetreten sind.
- (3) Die Lieferung und Abrechnung von Hilfsmitteln nach dieser Vereinbarung setzt die Eignung nach § 126 SGB V für die Lieferung dieser Hilfsmittel voraus. 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. Die Anerkennung dieser Vereinbarung allein bewirkt noch keine Lieferberechtigung.

- (4) Diese Vereinbarung ersetzt die Preisvereinbarung gem. § 127 SGB V über wieder einsetzbare Hilfsmittel vom 30.04.2004, so dass es keiner Kündigung dieser Vereinbarung bedarf.
- (5) Die vereinbarten Preise, bzw. Rabattsätze auf die Listenpreise der Hilfsmittelhersteller, sind aus der Anlage 1 ersichtlich. Werden die vereinbarten Preise abgerechnet, so sind sämtliche in der Anlage 1 beschriebenen technischen Optionen bzw. Zubehörteile für das jeweilige Produkt zu liefern.
- (6) Bei den in dieser Vereinbarung und ihren Anlagen aufgeführten Preisen handelt es sich um verbindliche Vertragspreise, diese sind für alle Bezirksdirektionen bzw. Geschäftsstellen der AOK bindend. Die Preise verstehen sich zzgl. MwSt.
- (7) Die Belieferung der Versicherten der AOK mit Leistungen gem. dieser Vereinbarung ist für die dieser Vereinbarung unterliegenden Leistungserbringer verpflichtend.
- (8) Bei Produkten die in der Anlage 1 mit dem Vermerk "OHNE WIEDEREINSATZ" markiert sind, ist kein Leihvertrag mit dem Versicherten zu schließen, da hier der Versicherte Eigentümer des Hilfsmittels wird. Bei diesen Produkten wird aus wirtschaftlichen und/oder hygienischen Gründen das Wiedereinsatzverfahren nicht durchgeführt. Diese Regelung ist für alle Bezirksdirektionen der AOK bindend.
- (9) Sofern in dieser Vereinbarung keine anderen Regelungen getroffen sind, gelten für die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Neuversorgung, Reparatur) die Vereinbarungen mit der AOK Baden-Württemberg vom 21.12.2000, 01.06.1999 bzw. vom 04.04.1996 weiter.
- (10) Die dieser Vereinbarung unterliegenden Produkte dürfen nicht auf dem Versandweg und/oder durch Dritte und/oder per Internet vertrieben werden. Eine persönliche Einweisung in den Gebrauch des Produktes durch den Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter hat bindend zu erfolgen.

## **§ 1a**

### **Art, Umfang und Abgabe der Leistung**

- (1) Zum Umfang der Leistungserbringung gehören insbesondere:
  1. die Beratung des Versicherten, ggf. bei ihm vor Ort, inkl. Abklärung von Allergien gegen bestimmte Materialien, die in den Hilfsmitteln vorkommen können,
  2. die Ermittlung von Maßen (ggf. beim Versicherten vor Ort) zur Bestellung des Hilfsmittels und Erstellung der Lageranfrage,
  3. die Lieferung des Hilfsmittels inkl. ggf. erforderlicher Montagearbeiten (ggf. inkl. Material), individueller und funktionsgerechter Anpassung und STK - soweit erforderlich,

4. die umfassende Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch, Hinweise zur Reinigung und Pflege des Hilfsmittels sowie bei Bedarf die Nachbetreuung,
  5. die Überlassung einer Gebrauchsanweisung gem. MPG,
  6. die Überwachung der jeweiligen Wartungs-/STK-Intervalle nach Herstellerangaben,
  7. Informationen über die Ansprechpartner bzw. Verfahrensweise bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen,
  8. Können Reparaturen nicht sofort ausgeführt werden, so hat der Vertragspartner aus seinem Bestand ein gleichwertiges Ersatzhilfsmittel (mindestens aus dem Standardbereich) kostenlos zur Verfügung zu stellen.
- (2) Nach Eingang einer Verordnung ist je nach Hilfsmittel die Lageranfrage oder der Kostenvoranschlag unverzüglich, jedoch spätestens innerhalb von 3 Arbeitstagen, bei der AOK einzureichen bzw. das Hilfsmittel an den Versicherten abzugeben. Eine ggf. erforderliche Ermittlung von Maßen beim Versicherten vor Ort muss innerhalb dieses Zeitraumes bereits stattgefunden haben. Die Lieferung erfolgt in der Regel innerhalb von 3 Arbeitstagen, bei Entlassversorgungen, Toilettenrollstühlen und Wechseldrucksystemen innerhalb von 48 Stunden; bei genehmigungspflichtigen Hilfsmitteln erfolgt die Lieferung nach vorliegender Genehmigung der AOK innerhalb des genannten Zeitraumes.

## **§ 2**

### **Genehmigungsverfahren**

- (1) Hilfsmittel die dieser Vereinbarung unterliegen sind bei Neulieferung grundsätzlich genehmigungspflichtig. Ausgenommen hiervon sind Produkte die in der Anlage 1 ausdrücklich aus dem Wiedereinsatzverfahren herausgenommen wurden oder für die eine Versorgungspauschale vereinbart ist. Die Abrechnungsmodalitäten im Bereich des Wiedereinsatzes sind in gesonderten Vereinbarungen geregelt (bei der AOK Baden-Württemberg, Vereinbarung über den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln vom 30.04.2004).
- (2) Kostenvoranschläge für handwerkliche Leistungen, die nicht preislich geregelt sind, sind nach Arbeitszeit und Materialaufwand spezifiziert bei der AOK einzureichen.

## **§ 3**

### **Abrechnung**

- (1) Sofern in dieser Vereinbarung keine anderen Regelungen getroffen sind, gelten bezüglich der Leistungserbringung und Abrechnung die Regelungen der jeweiligen Rahmenverträge. Die Rechnungen sind nach Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis und innerhalb der Produktgruppen nach der Untergliederung „M“, „F“, „R“ zu sortieren. Für betreute Personenkreise wie z.B. Sozialhilfeempfänger ist eine gesonderte Rechnung zu stellen.

- (2) Nach Inkraftsetzen des maschinenlesbaren Abrechnungsverfahrens gemäß §§ 302, 303 SGB V bzw. §§ 104 - 106 SGB XI sind bei der Abrechnung die hierfür gültigen Regelungen zu beachten. Die Inventarnummer (ID-Nummer) ist (auch bei Reparaturen, Zubehör, Wartungen usw.) bei der elektronischen Abrechnung (s. Technische Anlage Segment EHI - Inventarnummer) an die AOK Baden-Württemberg zu übermitteln.
- (3) Von den Versicherten darf bei der Abgabe dieser Produkte keine Zuzahlung verlangt werden, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgesehen.
- (4) Bei der Kalkulation von Artikeln aus dem Produktspektrum dieser Vereinbarung, für die keine Preise vereinbart sind, werden als Arbeitsstundenverrechnungssatz **39,50 EUR** zzgl. MWSt. zugrunde gelegt.
- (5) Der Abrechnung muss der Leihvertrag (Anlage 3), die Genehmigung bzw. die genehmigte und vom HilfsmittelLogistikCenter negativ bestätigte Lageranfrage (Anlage 4) und, bei Hilfsmitteln der Krankenversicherung, die ärztliche Verordnung beigelegt sein. Im Leihvertrag sowie auf der Rechnung ist der Hersteller des Produktes, die Modellbezeichnung sowie, soweit vorhanden, die Seriennummer des Produktes anzugeben. Fehlen diese Angaben, so ist die AOK berechtigt, die Rechnung abzuweisen.

## § 4

### Versorgungspauschalen

- (1) Sind für ein Hilfsmittel Versorgungspauschalen vereinbart, umfasst die Ausstattung neben dem erforderlichen Hilfsmittel die in der Anlage 1 aufgeführten medizinisch notwendigen Zubehörteile und Zurüstungen.
- (2) Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung des Versicherten und/oder einer von ihm beauftragten Betreuungsperson in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels.
- (3) Der Leistungserbringer trifft die Entscheidung, ob die Versicherten mit einem neuen oder einen wiederaufbereiteten Hilfsmittel versorgt werden. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinien und des Hilfsmittelverzeichnisses sowie die aktuellen gesetzlichen oder behördlichen Normen und Bestimmungen.
- (4) Die Ersatzbeschaffung mit einem gleichartigen Hilfsmittel sind während der Versorgungsdauer kostenfrei sicherzustellen.
- (5) Ein eventueller Untergang, Verschlechterung oder Verlust des Hilfsmittels geht nicht zu Lasten der AOK. Der Leistungserbringer ist jedoch berechtigt, bei zu vertretendem Verlust oder Beschädigung durch unsachgemäße Handhabung die

- tatsächlich angefallenen Kosten dem Versicherten in Rechnung zu stellen. Eine Haftung des Versicherten wegen entgangenem Gewinnes kann der Leistungserbringer nicht geltend machen.
- (6) Sofern eine notwendige Reparatur oder Wartung eines Hilfsmittels nicht sofort durchgeführt werden kann, stellt der Leistungserbringer einen adäquaten Ersatz unentgeltlich zur Verfügung.
  - (7) Der Leistungserbringer informiert den Versicherten über sein Eigentum sowie die leistungsrechtlichen Modalitäten und lässt sich den Empfang des gebrauchts- und funktionsfähigen Hilfsmittels vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich bestätigen (Anlage 8).
  - (8) Vor Beginn der Versorgung hat der Leistungserbringer der AOK zur Prüfung der Leistungspflicht eine Versorgungsanzeige vorzulegen, es sei denn, dem Leistungserbringer liegt ein konkreter Auftrag der AOK vor oder in der Anlage 1 ist abweichendes geregelt.
  - (9) Der Leistungserbringer liefert das Hilfsmittel an den Versicherten aus, überlässt es ihm zur unentgeltlichen Nutzung und gewährleistet eine einwandfreie Beschaffenheit sowie Betriebs- und Funktionsfähigkeit während der medizinisch / pflegerisch notwendigen Versorgungsdauer.
  - (10) Der Leistungserbringer bleibt auch während der Versorgung Eigentümer der über Versorgungspauschalen vergüteten Hilfsmittel, daher findet die Anlage 3 (AOK-Leihvertrag) keine Anwendung.
  - (11) Der Leistungserbringer hat die Versorgung inklusive aller Dienst- und Serviceleistungen bis zum Ende der medizinisch / pflegerisch notwendigen Versorgungsdauer sicherzustellen, auch wenn dieser Vertrag durch Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Dies gilt auch bei Betriebsaufgabe / -veräußerung.
  - (12) Der Fachverband Orthopädietechnik, Sanitäts- und Medizinischer Fachhandel, Südwest e.V. stellt sicher, dass im Insolvenzfall oder bei Betriebsaufgabe/-veräußerung eines Mitgliedsbetriebes die laufenden Versorgungsleistungen im Rahmen der Versorgungspauschalen kostenfrei bis zur nächsten Folgepauschale bzw. bis zum Nutzungswegfall gewährleistet ist.
  - (13) Die Nichtmitglieder des Fachverbandes übertragen für Hilfsmittel, die im Rahmen der Versorgungspauschalen von der AOK bezahlt wurden, das Eigentum auf die AOK (Anlage 5). Alternativ wird eine jährlich anzupassende Bankbürgschaft in Höhe des Umsatzes der Fallpauschalprodukte des vergangenen Jahres mit der AOK oder eine Kollektivhaftung mehrerer Leistungserbringer akzeptiert.
  - (14) Der Leistungserbringer hat eine landesweite Versorgung sicherzustellen. Dies gilt auch bei einem Wohnortwechsel.
  - (15) Wird ein Hilfsmittel, das über eine Versorgungspauschale vergütet wurde, nicht mehr benötigt, ist der Leistungserbringer zur Rückholung berechtigt. Der Leistungserbringer hat selbst sicherzustellen, in welcher Form er die notwendigen Informationen für die Rückholung erhält.
  - (16) Der Leistungserbringer erhält eine Mitteilung von der AOK, sofern diese Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit erlangen. Die Rückholung des Hilfsmittels ist unverzüglich vorzunehmen.

- (17) Es ist unzulässig ein Hilfsmittel, das Eigentum eines anderen Leistungserbringers ist, zurückzuholen und dieses wieder auszuliefern.

## § 5

### **Dekubitusversorgung**

- (1) Der Leistungserbringer wählt basierend auf dem Dekubitusstatus und der Bewertung des Dekubitusrisikos des Patienten das entsprechende System aus. Dies wird in einem Dekubitus-erfassungsbogen gem. Hilfsmittelverzeichnis (Anlage 7) dokumentiert. Die AOK prüft und genehmigt, ggf. vorab per Fax, den entsprechenden Versorgungsvorschlag des Leistungserbringers.
- (2) Die fachliche Kompetenz für die Bedarfsermittlung ist auf Anforderung der AOK oder des FOS nachzuweisen. Vorgenannte fachliche Kompetenz sichern geschulte Fachkräfte mit Erfahrungen in der Wundversorgung (z. B. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Personal mit mind. zweijähriger Berufserfahrung in einem medizinischem Beruf mit Schulungsnachweisen).
- (3) Für die Bedarfsermittlung ist ein Dekubitus-erhebungsbogen / Dekubitus-erfassungsbogen (Anlage 7) zu verwenden. Dieser kann vom Arzt, Pflegekräften oder o.g. Fachkräften des Leistungserbringers ausgefüllt werden. Die Beschreibung des Dekubitus hat ausführlich zu erfolgen, ohne vollständig ausgefülltes Formblatt kann keine Genehmigung erteilt werden. Bei Umversorgungen ist ein neuer Dekubitus-erhebungsbogen zur Genehmigung erforderlich.

## § 6

### **Versorgung mit Fremdkraftbetriebenen Bewegungsgeräten**

Vor der Beantragung der Kostenübernahme eines solchen Hilfsmittels hat eine mindestens 14-tägige Erprobung des Hilfsmittels durch den Versicherten zu erfolgen. Dies ist mit einem Erprobungsnachweis (Anlage 9) zu belegen, die bei der Beantragung der Kostenübernahme dem Kostenvoranschlag beizufügen ist.

## § 7

### **Durchführung von Reparaturen**

- (1) Es dürfen nur Reparaturen an Produkten durchgeführt werden, für die eine Lieferberechtigung besteht. Für andere Reparaturen besteht kein Vergütungsanspruch.
- (2) Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantieansprüche zu achten und diese ggf. gemäß § 12 Abs. 1 gegenüber dem Hersteller geltend zu machen.
- (3) Der Leistungserbringer hat für Reparaturen fachlich qualifiziertes Personal vorzuhalten, das sich regelmäßig fortbildet.

- (4) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Reparatur-, Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge für die von ihm gelieferten Hilfsmittel (gilt auch für Wiedereinsätze) vorzuhalten. Anfallende Instandsetzungen sind kurzfristig und sachgerecht auszuführen; dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V zu beachten (Verhältnis Wiedereinsatz zu Neuanschaffung).
- (5) Notwendige Ergänzungen und Reparaturen werden nach Material und Zeitaufwand gem. § 3 Abs. 3 mit der AOK detailliert abgerechnet. Die AOK behält sich eine sachliche und rechnerische Überprüfung auf Richtigkeit vor.
- (6) Aus dem Kostenvoranschlag und aus der Rechnung muss hervorgehen, wenn die Reparatur nur von einem Hersteller durchgeführt werden darf. In diesen Fällen sind immer der Kostenvoranschlag bzw. eine Kopie der Originalrechnung des Herstellers beizufügen.
- (7) Können Reparaturen nicht sofort ausgeführt werden, so hat der Leistungserbringer aus seinem Bestand ein gleichwertiges Ersatzhilfsmittel (mindestens aus dem Standardbereich) kostenlos zur Verfügung zu stellen. Für die chemothermische Reinigung einer ersatzweise zur Verfügung gestellten Wechsellagermatratze kann entsprechend Anlage 1 / PG 11 die Reinigungspauschale abgerechnet werden.
- (8) Bei unaufschiebbaren Reparaturen hat der Leistungserbringer die AOK sofort telefonisch (siehe Anlage 6) zu verständigen, um die Durchführung der Reparatur zu klären.
- (9) Die AOK erhält vom Leistungserbringer einen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

## **§ 8**

### **Qualität der erbrachten Leistungen**

- (1) Der Leistungserbringer ist dafür verantwortlich, dass die von ihm abgegebenen Hilfsmittel den vereinbarten Qualitätsstandards, bzw., wo keine Qualitätsstandards vereinbart sind, den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis genügen.
- (2) Die abgegebenen Hilfsmittel haben dem aktuellen technischen Stand und den gesetzlichen Vorgaben (z.B. Medizinproduktegesetz) zu entsprechen.
- (3) Bei der Auswahl und Abgabe des verordneten Hilfsmittels hat der Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 (1) SGB V, bzw. des § 29 SGB XI, zu beachten.

## **§ 9**

### **Werbung**

Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen. Eine gezielte Beeinflussung des Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Beantragung be-

stimmter Leistungen, ist nicht zulässig. Hierzu gehört z.B. die Gewährung von Rabatten an Versicherte.

## **§ 10**

### **Datenschutz**

- (1) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der in § 302 SGB V, bzw. § 104 SGB XI genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Der Leistungserbringer bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle sind verpflichtet, den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten gem. den Regelungen des §§ 35 SGB I in Verbindung mit § 93 SGB XI bei der Verarbeitung und Nutzung durch technische und organisatorische Maßnahmen gem. § 78a SGB X bzw. § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sicherzustellen.
- (2) Der Leistungserbringer sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht. Zulässig ist die Übermittlung von Angaben an die AOK und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung von deren gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht und anhand der Sozialgeheimnis-Verpflichtung (Anlage 2) auf die Wahrung des Sozialgeheimnisses gem. § 35 SGB I i.V. mit dem Datengeheimnis gem. § 5 BDSG besonders zu verpflichten. Die Regelungen von § 37 SGB I sowie §§ 67 bis 85a SGB X in Verbindung mit § 93 SGB XI bleiben unberührt.

## **§ 11**

### **Zusammenarbeit zwischen Ärzten / Einrichtungen und Leistungserbringern**

- (1) Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben. Im Einzelfall sind in Arztpraxen und stationären Einrichtungen Einzelversorgungen sowie Notfallversorgungen mit sonstigen Hilfsmitteln auf Anforderung zulässig.
- (2) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.
- (3) Zulässig sind jedoch Anpassungsleistungen von individuell handwerklich gefertigten Hilfsmitteln in der Praxis des Arztes und stationären Einrichtungen durch Ver-



tragspartner, nachdem das Hilfsmittel in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde.

- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (5) Der Leistungserbringer hat die Regelungen des § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen diese Regelungen kann der Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V).

## **§ 12**

### **Haftung**

- (1) Bei allen Hilfsmitteln haftet der Leistungserbringer für die Dauer von 24 Monaten, bzw. für die in Anlage 1 vereinbarte Dauer, vom Tage der Lieferung an für ein zum Zeitpunkt der Erstlieferung einwandfreies Produkt. Bei Mängeln, die sich innerhalb dieser Frist herausstellen, sind alle zu ihrer Beseitigung erforderlichen Maßnahmen kostenlos durchzuführen. Von diesem Recht können sowohl die AOK als auch unmittelbar die Anspruchsberechtigten Gebrauch machen. Im übrigen gelten die Vorschriften der §§ 434 ff. und §§ 633 ff. BGB.
- (2) Entzieht sich der Lieferungsberechtigte der Prüfung des Vorhandenseins des Mangels oder der Beseitigung des Mangels, so ist die Verjährung so lange gehemmt, bis er das Ergebnis der Prüfung der AOK mitgeteilt oder der AOK gegenüber den Mangel für beseitigt erklärt, dies gilt auch, wenn er die Fortsetzung der Beseitigung verweigert hat.
- (3) Diese Haftung besteht nicht, wenn nachweislich unsachgemäße Handhabung durch den Benutzer, höhere Gewalt, körperliche Veränderungen, übermäßige starke Schweißbildung oder Verschleiß, der nicht auf einem Qualitätsmangel beruht, diese Mängel bedingen.
- (4) Mehrkosten, die der AOK durch Beratungsfehler des Leistungserbringers entstehen (z.B. zusätzliche Kosten für HLC-Anlieferung und Rückholung wegen fehlerhafter oder unterlassener Bemaßung beim Versicherten vor Ort), sind von diesem zu tragen.

## **§ 13**

### **Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens**

- (1) Bei Verstößen gegen die aus diesem Vertrag erwachsenden Pflichten kommen als Vertragsmaßnahme, nach Anhörung des Betroffenen, eine Verwarnung, bei schweren Vertragsverstößen die Zahlung eines von dem Vertragsausschuss (§10) festgelegten Geldbuße, bis zu 36.000,- EUR und/oder fristlose Kündigung des Vertrages mit dem einzelnen Leistungserbringer, in Betracht.
- (2) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.

## **§ 14**

### **Vertragsausschuss**

- (1) Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten von grundsätzlicher Bedeutung oder erforderlichenfalls zur gemeinsamen Aufklärung von Vertragsverstößen ist ein Vertragsausschuss zu bilden, der paritätisch aus den Vertretern der AOK und des FOS besetzt ist.
- (2) Ziel der Verhandlungen des Vertragsausschusses ist es, über Streitpunkte eine gütliche Einigung herbeizuführen.
- (3) Der Vertragsausschuss ist auf Verlangen eines Vertragspartners unter Angabe einer schriftlichen Begründung einzuberufen.

## **§ 15**

### **Inkrafttreten**

Die Vereinbarung vom 01.02.2006 wurde mit Wirkung zum 01.01.2013 geändert und gilt für alle Leistungen ab 01.01.2013 (Empfangsbestätigung des Versicherten).

## § 16

### Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2013, schriftlich gekündigt werden.
- (2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn gesetzliche / sonstige technische / rechtliche Vorgaben und / oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen / Vorgaben der AOK eine Fortführung der Vereinbarung unmöglich macht.

Stuttgart, den 04.02.2013

---

Dr. Christopher Hermann  
Vorsitzender des Vorstandes  
AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

---

Joachim Glotz  
Vorstandsvorsitzender des  
Fachverbands Orthopädie-Technik  
Sanitäts- und medizinischer  
Fachhandel Südwest e. V., Stuttgart

---

Raymund Weber  
Geschäftsführer des Fachverbandes  
Orthopädie-Technik  
Sanitäts- und medizinischer  
Fachhandel Südwest e. V., Stuttgart

- Anlage 1: Preisvereinbarung  
inkl. Anhang A1, A2 und A3
- Anlage 2: Sozialgeheimnis-Verpflichtung
- Anlage 3: Leihvertrag
- Anlage 4: Lageranfrage
- Anlage 5: Beitrittserklärung
- Anlage 6: Ansprechpartnerübersicht AOK-Hilfsmittel-CompetenceCenter
- Anlage 7: Dekubituserhebungsbogen gem. Hilfsmittelverzeichnis
- Anlage 8: Versichertenerklärung mit Empfangsbestätigung
- Anlage 9: Erprobungsnachweis

## **Rehamittel FOS / AOK BaWü (02/2006)**

**AC/TK:** 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Gültig ab: 01.02.2006, aktualisiert zum 01.01.2013

### Erläuterungen zur Vereinbarung Rehamittel

**Die angegebenen Preise verstehen sich ohne die gesetzliche Mehrwertsteuer**

**Mehrwertsteuersatz:** v = voll; e = ermäßigt;

**e/v = Bei separaten Lieferungen oder Nachlieferungen voller Mehrwertsteuersatz.**

**Bei Komplettlieferungen in Verbindung mit Rollstuhl**

**ermäßigter Steuersatz gem. dem gelieferten Grundhilfsmittel (Rollstuhl).**

Ist für eine Gruppe von Produkten ein gemeinsamer Preis bzw. Rabattsatz vereinbart und besteht gleichzeitig für ein bestimmtes Produkt oder eine bestimmte Produktart dieser Gruppe ein spezieller vereinbarter Preis bzw. Rabattsatz, so geht der spezielle Preis bzw. Rabattsatz dem allgemeineren vor.

Die Entscheidung, ob ein in Qualität und Ausstattung höherwertiges Produkt gemäß der Beschreibung in dieser Vereinbarung oder ein einfaches Produkt zum Einsatz kommt, obliegt dem genehmigenden Leistungsträger.

Rehamittel FOS / AOK BaWü (2006)

AC/TK: 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Produktgruppe 10 - Gehhilfen

Pos. Nr.	Bezeichnung	Qualität / Ausstattung	Kennziffer Verwendung	gültig ab	Kurzbezeichnung	Preis ab 01.02.2006	MwSt	Bemerkungen
10.50.04.0xxx	Delta-Gehrad (Dreirädrige Gehhilfe)  wegen besserer Kippstabilität ist die Versorgung mit einem Rollator zu favorisieren!	faltbar mit Faltsicherung Alu, Chrom-Molybdän, vergüteter Stahl Pulverbeschichtung / Chrom (Mehrschichtig) Belastbarkeit 120 kg  Gesamtgewicht: max. 6 kg geschlossene Kugellager Felgen Kunststoff pannensichere Bereifung höhenverstellbare Schiebegriffe, anat. Seilzugbremse mit Feststellung 2 Jahre Garantie	08 / 09	01.01.2007	Vergütungspauschale / Folgevergütungspauschale	Versorgungspauschale: 75,00 EUR für 5 Jahre Die Fallpauschale deckt sämtlichen Aufwand (Beratung des Patienten, Auslieferung, Reparatur, Rückholung usw.) der im Versorgungszeitraum anfällt ab. Nach Ablauf des Versorgungszeitraums kann eine Folgepauschale in gleicher Höhe für die gleiche Laufzeit mit den Leistungsträgern abgerechnet werden. Im Versorgungszeitraum der Pauschale ist eine ggf. erforderliche Umversorgung auf einen Rollator (Pauschalversorgung) mit der Pauschale bereits abgegolten.	e	
10.50.04.1xxx	Rollator (Vierrädrige Gehhilfe)	<b>Standardrollator</b> incl. Korb und Tablett max. 12 kg (gesamt, incl. Korb u. Tablett)  Alu-Legierung, Chrom-Molybdän, Stahl Vorderradgabeln kugelgelagert Pulverbeschichtung od. mehrschicht. Chromatierung geschlossene Kugellager od. Gleitlager gem. DIN ohne Selbst- oder Fremdgefährdung pannensichere Bereifung Schiebegriffe anatomisch und höhenverstellbar <b>Bremse mit Feststellung,</b> <b>Bremshebel fingerumgreifend</b> 120 kg Belastbarkeit Sitzbreite mind. 37 cm Sitzmaterial geschäumter Kunststoff Garantie: Herstellergarantie, mind. 2 Jahre	08 / 09	01.01.2007	Vergütungspauschale / Folgevergütungspauschale	Versorgungspauschale: 75,00 EUR für 5 Jahre Die Fallpauschale deckt sämtlichen Aufwand (Beratung des Patienten, Auslieferung, Reparatur, Rückholung usw.) der im Versorgungszeitraum anfällt ab. Nach Ablauf des Versorgungszeitraums kann eine Folgepauschale in gleicher Höhe für die gleiche Laufzeit mit den Leistungsträgern abgerechnet werden. Im Versorgungszeitraum der Pauschale ist eine ggf. erforderliche Umversorgung auf ein Delta-Gehrad (Pauschalversorgung) mit der Pauschale bereits abgegolten.	e	
10.50.04.1xxx	Rollator (Vierrädrige Gehhilfe) für spezielle Indikationen. Diese Rollatoren müssen ausdrücklich in vorgenannter Ausführung ärztlich mit entsprechender Diagnose verordnet werden.	<b>Kaufpreis wenn zusätzlich:</b> <b>incl. Rückenbügel oder -gurt</b> Gewicht gesamt max. 10 kg <b>Ausführung Alulegierung od. Chrom-Molybdän</b> ausschl. geschlossene Kugellager	00	01.01.2007	Neukauf	180,00 EUR	e	
10.50.04.1xxx 10.46.02.3xxx	<b>Kinderrollatoren</b> (nur anzuwenden wenn der Rollator konstruktiv vom Modell für Erwachsene abweicht)	wie Hilfsmittelverzeichnis	00	01.01.2007	Neukauf	15%	e	

Pos. Nr.	Bezeichnung	Qualität / Ausstattung	Kennziffer Verwendung	gültig ab	Kurzbezeichnung	Preis ab 01.02.2006	MwSt	Bemerkungen
10.50.04.1xxx	Sonstige Rollatoren für spezielle Indikationen wie z.B. Rollatoren mit Arthritisarmauflage, Rollatoren mit Einhandbremse, Leichtgewichtrollatoren unter 8 kg Gesamtgewicht. Diese Rollatoren müssen ausdrücklich in vorgenannter Ausführung ärztlich mit entsprechender Diagnose verordnet werden.	wie Hilfsmittelverzeichnis	00	01.01.2007	Neukauf	18%	e	

v = voller Mehrwertsteuersatz  
e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Oben genannte Versorgungspauschalen können ohne Kostenvoranschlag und ohne Versorgungsanzeige direkt abgerechnet werden, jedoch ist die Versichertenerklärung Anlage 8 des Vertrages vom Versicherten unterzeichnen zu lassen und diese Versichertenerklärung der Abrechnung beizufügen.

Rehamittel FOS / AOK BaWü (2006)

AC/TK: 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Produktgruppe 11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.02.2006	MwSt	Bemerkungen
11.39.02.xxxx 11.39.03.xxxx (alt 11.11.02.0xxx)	Sitzkissen gegen Dekubitus	s. Hilfsmittelverzeichnis	gem. Hilfsmittelverzeichnis	15%	v	
			<i>bei einem Herstellerlistenpreis von 400,00 € oder darüber</i>	10%	v	
11.29.08.xxxx (alt 11.11.04.2xxx)	Wechseldruckmatratzen hochzellige Systeme	vorwiegend Dekubitus Grad 2-4 s. Hilfsmittelverzeichnis	Erstattungspreis richtet sich nach dem Dekubitusgrad des Patienten Für Deku Grad 1 Für Deku Grad 2 Für Deku Grad 3  Für Deku Grad 4  Der Leistungserbringer wählt basierend auf dem Dekubitusstatus und der Bewertung des Dekubitusrisikos des Patienten das entsprechende System aus. Dies wird in einem Dekubitusserfassungsbogen gem. Hilfsmittelverzeichnis (Anlage 7) dokumentiert. Die Leistungsträger prüfen und genehmigen, ggf. vorab mit Fax, den entsprechenden Versorgungsvorschlag des Leistungserbringers. <b>Voraussetzungen für die Leistungserbringung:</b> Fachliche Kompetenz für die Bedarfsermittlung, die Auswahl der geeigneten Lagerungshilfen, die Einweisung und Betreuung des Patienten bzw. des Pflegepersonals. Vorgenannte fachliche Kompetenz sichern geschulte Fachkräfte mit Erfahrungen in der Wundversorgung z. B. Krankenschwestern, Krankenpfleger, Personal mit mind. zweijähriger Berufserfahrung in einem medizinischen Beruf mit Schulungsnachweisen - entweder eine Schulung eines unabhängigen Schulungsanbieter oder zwei Herstellerschulungen.	600,00 EUR 1.120,00 EUR 1.810,00 EUR  15%	v v v  v	Die unterschiedlichen Preise lassen sich über den Schlüssel "Produktbesonderheit" abbilden: Dekugrad 1 = 0000000010 Dekugrad 2 = 0000000020 Dekugrad 3 = 0000000030 Dekugrad 4 = 0000000040



			<b>Bedarfsermittlung:</b> Für die Bedarfsermittlung ist ein Dekubitusserhebungsbogen / Dekubitusserfassungsbogen zu verwenden. Die Beschreibung des Dekubitus hat ausführlich zu erfolgen, ohne vollständig ausgefülltes Formblatt kann keine Genehmigung erteilt werden. Bei Umversorgungen ist ein neuer Erhebungsbogen zur Genehmigung erforderlich.		
11.29.0x.xxxx (alt 11.11.04.0xxx und 11.11.04.1xxx)	Hilfsmittel gegen Dekubitus, Ganzkörper	s. Hilfsmittelverzeichnis		15%	
11.00.99.0001	Reinigungspauschale für die chemothermische Aufbereitung von Wechseldrucksystemen			90,00 EUR	v

v = voller Mehrwertsteuersatz  
e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Rehamittel FOS / AOK BaWü (2006)

AC/TK: 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Produktgruppe 18 - Krankenfahrzeuge

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.02.2006	MwSt	Bemerkungen
18.46.03.xxxx	Duschrollstühle (Innenraum)	Gehunfähigkeit bzw. stark eingeschränkte Gehfähigkeit		23%	e	23% Rabatt
18.46.03.0xxx	Duschrollstuhl mit Greifreifen	Dusche muß mit Rollstuhl befahrbar sein. siehe HMV	Standard-Duschrollstuhl, Sitzbreite 43 cm, durchgehendes Fußbrett, nach hinten abklappbar	750,00 EUR		
18.46.03.1xxx	Dusch-Schieberollstuhl			600,00 EUR		
18.46.04.xxxx	Rollstühle mit Einarmantrieb (Innenraum)			25%	e	25% Rabatt
18.46.05.xxxx	Elektrorollstühle (Innenraum)			20%	e	20% Rabatt
18.46.05.0xxx	Standard-Elektro-Rollstühle (Innenraum)	Benutzung handgetriebener Rollstühle ist aufgrund der Behinderung nicht mehr möglich. s. Hilfsmittelverzeichnis	s. gesonderte Beschreibung in Anlage A 1 weitere Zubehör Rabatt 20%	3.200,00 EUR	e	weitere Zubehör 20% Rabatt
18.50.01.xxxx	Schieberollstühle (kleine Rollen)			25%	e	25% Rabatt
18.50.02.xxxx	Rollstühle mit Greifreifenantrieb			25%	e	25% Rabatt

Ungültig

18.50.02.0xxx

Standard-Rollstuhl, große Räder hinten  
(= Standard-Schieberollstuhl)

Gehunfähigkeit

Standardversorgung

s. Hilfsmittelverzeichnis

max. 24 kg (incl. Seitenteile, Beinstützen und Trommelbr.)  
Vergütetes Stahlrohr (Rahmen, Seitenteile, Radgabeln)  
**Vorderradgabeln mit mehreren Achsaufnahmen**  
**...für verschiedene Radgrößen**  
Nylonbespannung, gepolstert, atmungsaktiv,  
...schwer entflammbar  
Fußplatte: Alu-Druckguß-Leg. oder vergleichbar  
5 Jahre Garantie auf Rahmen u. Rohrschere, sonst 1 Jahr  
Pulverbeschichtung od. mehrschichtige Chromatierung  
**pannensichere Bereifung (wahlweise Vollgummi oder PU)**  
Belastbarkeit bis 120 kg ohne Aufpreis  
Achslagerung: geschlossene Kugellager  
Antriebsräder: 36 Edelstahlspeichen, kreuzverspeicht  
...Felgen Alulegierung  
Vorderräder: Felgen Kunststoff zweigeteilt  
SB 38-48 cm, **inkl. Trommelbremse f. Begleitperson,**  
**Kniehebelbr. für Fahrer (Bremstrommel Aluguß, überdreht)**  
Adhäsionskraft Griffe entsprechend ISO-Norm 7176 (300kg)  
möglichst Baukastensystem  
Beinstützen aus Stahl, abschwenkbar, abnehmbar, arretierbar  
faltbar  
**Steckachsen**  
Desk- od. Standard-Seitenteile wahlweise,  
...Armauflage PU-Schaum-gepolstert  
**Kippstütze**  
**Stockhalterung**  
**Standard-Sitzkissen (5 cm, Raumgewicht 40)**  
**passive Beleuchtung (je Seite 2 gelbe Reflektoren,**  
**...hinten 2 rote Reflektoren, keine Klebestreifen)**  
**Sicherheitsgurt**  
Rücken mit Lumbalknick  
Sitzhöhenverstellung über versch. Radgrößen  
Vorderradgabel: geschl. Kugellager  
...nach DIN/Iso (2-fach Kugellag.)

**bei Qualität gemäß Hilfsmittelverzeichnis:**

der Vertragspreis beinhaltet das Grundmodell inkl. Armlehnen und Beinstützen, pannensichere Bereifung (wahlweise Vollgummi oder PU), ohne Trommelbremsen für Begleitperson. Der Rollstuhl ist grundsätzlich mit Trommelbremsen für Begleitperson als Zubehör anzubieten. Zubehör kann gesondert über den empfohlenen Verkaufspreis / Listenpreis des Herstellers abzgl. 30 % Rabatt verrechnet werden.

595,00 EUR

e

Die unterschiedlichen  
Preise lassen sich über  
den Schlüssel  
"Produktbesonderheit"  
abbilden:  
AOK-Ausstattung =  
000000050  
Ausstattung  
Himverzeichnis =  
000000060

398,00 EUR

e

18.50.02.2xxx	Leichtgewichtsrollstuhl	Für Selbstfahrer s. Hilfsmittelverzeichnis	<p>max. 19 kg (incl. Seitenteile, Beinstützen und Trommelbr.)  Material Seitenteile, Rahmen, Radgabeln: <b>Alu-Legierung</b>  ...oder <b>Chrom-Molybdän</b>  Radgabeln mit mehreren Achsaufnahmen für  ...verschiedene Radgrößen  Nylonbespannung (gepolstert, atmungsaktiv, schwer  ...entflammbar  Fußplattenwinkel einstellbar, Fußplatte aus Alu-Legierung  ...oder glasfaserverstärktem Kunststoff  <b>pannensichere Bereifung (wahlweise Vollgummi od. PU)</b>  Garantie 5 Jahre f.Rahmen und Kreuzstrebe, sonst 1 Jahr  Pulverbeschichtung  Belastbarkeit: 120 kg  Achslagerung: alle Räder geschlossene Kugellager  ...<b>Steckachsen an den Antriebrädern</b>  36 Edelstahlspeichen, kreuzverspeicht  SB 38-48 cm, <b>inkl. Trommelbremse f. Begleitperson, Kniehebelbr. für Fahrer (Bremstrommel Aluguß, überdreht)</b>  Greifreifen austauschbar ohne Demontage der Reifen  Antriebsrad-Felgen: Alu-Legierung  Beinstützen: Alu-Legierung, abschwenkbar, abnehmbar,  ...arretierbar  möglichst Baukastensystem  Sitzneigungsverstellung inkl. winkelverstellbare Lenkkopfaufnahme  <b>Kippstützen</b>  Rücken mit Lumbalknick  höhenverstellbare Seitenteile (wahlweise Desk- od. Standard)  ...Armauflage PU-Schaum-gepolstert  <b>Varioblock mit Sitzhöhenverstellung</b>  <b>Stockhalterung</b>  <b>Standard-Sitzkissen (5 cm, Raumgewicht 40)</b>  <b>passive Beleuchtung (je Seite 2 gelbe Reflektoren,</b>  <b>...hinten 2 rote Reflektoren, keine Klebestreifen)</b>  <b>Sicherheitsgurt</b>  Vorderräder: Felgen Kunststoff zweigeteilt, 2-fach kugelgelagert</p> <p><b>bei Qualität gemäß Hilfsmittelverzeichnis:</b>  der Vertragspreis beinhaltet das Grundmodell inkl. Armlehnen und Beinstützen, pannensichere Bereifung (wahlweise Vollgummi oder PU) , ohne Trommelbremsen für Begleitperson. Der Rollstuhl ist grundsätzlich mit Trommelbremsen als Zubehör anzubieten.  Zubehör kann gesondert über den empfohlenen Verkaufspreis / Listenpreis des Herstellers abzgl. 30 % Rabatt verrechnet werden.</p>	899,00 EUR	e	<p>Die unterschiedlichen Preise lassen sich über den Schlüssel "Produktbesonderheit" abbilden:  AOK-Ausstattung = 000000050  Ausstattung Himverzeichnis = 000000060</p>
				540,00 EUR	e	

18.50.03.0xxx	Aktivrollstuhl	aktive Rollstuhlfahrer (z.B. Berufstätige) s. Hilfsmittelverzeichnis	nach Bedarf, Sonder- und Starrrahmenrollstühle, Kinderversorgungen bis 16 Jahre wenn Aktivrollstuhl unter der PG 18.50.03.0 gelistet ist.	24%	e	bei anderer Ausführung 24% Rabatt
18.50.03.0xxx	Aktivrollstuhl (Standard)	aktive Rollstuhlfahrer (z.B. Berufstätige) s. Hilfsmittelverzeichnis	Grundmodell inkl. Beinstützen und Armlehnen (Standard). <b>Falls erforderlich (wird vom Fachhandel bestimmt):</b> Anpassrücken, Trommelbremse, Bremshebelverlängerung, Speichenschutz, Stützrolle, höhenverstellbare Schiebegriffe, Lenkräder- und Antriebs-Varianten weiteres Zubehör 24% Rabatt	2.100,00 EUR		
18.50.03.1xxx	Aktivrollstuhl für Kinder		nach Bedarf	22%	e	22% Rabatt
18.50.04.xxxx	Elektrorollstühle			20%	e	20% Rabatt
18.50.04.0xxx	Elektrorollstuhl mit indirekter Lenkung		siehe gesonderte Beschreibung in Anlage A 2, weiteres Zubehör Rabatt 20%	4.100,00 EUR	e	weiteres Zubehör 20% Rabatt
18.50.04.1xxx	Elektro-Rollstuhl mit direkter, el.-mech. Lenkung		siehe gesonderte Beschreibung in Anlage A 3, weiteres Zubehör Rabatt 20%	4.450,00 EUR	e	weiteres Zubehör 20% Rabatt
50.45.07.2xxx 18.50.02.5xxx 18.50.02.7xxx	Pflege rollstuhl	Geriatrische Versorgung Gehunfähigkeit bzw. stark ausgeprägte Gehbehinderung mangelnde Rumpfkontrolle	Material von Rahmen, Seitenteilen, Radgabeln: Stahl; Vorderradgabeln mit mehreren Achsaufnahmen für verschiedene Radgrößen; Sitz- und Rückenpolster atmungsaktiv, schwer entflammbar, anatomisch vorgeformt, Sitzkantung, Rückenverstellung (30 Grad) wahlweise von Benutzer oder Begleitperson bedienbar, Sitztiefe regulierbar; Fußplatten: winkleinstellbar, Fußplatte aus Alu-Legierung oder glasfaserverstärktem Kunststoff; Kopfstütze, höhen-, tiefen- und winkelverstellbar; Stützrollen, abnehmbar; panzerensichere Bereifung (wahlweise Vollgummi o. PU); 5 Jahre Garantie auf Rahmen und Kreuzstrebe, sonstige Teile 1 Jahr; Rahmenteile mit Pulverbeschichtung oder mehrschichtiger Chromatierung; Belastbarkeit bis 120 kg Patientengewicht ohne Aufpreis; Achslagerung: alle Räder geschlossene Kugellager nach DIN/ISO; Steckachsen an den Antriebsrädern, Antriebsrad-Felgen: Alu-Legierung, 36 Edelstahlspeichen, kreuzverspeicht; Sitzbreite 40-51 cm; Trommelbremse für Begleitperson (Bremstrommel Aluguß, überdreht); Greifreifen Alulegierung, austauschbar ohne Demontage der Reifen; Sitz- und Rückenverstellung über Gasdruckfedern; Sitz- und Rückenbezug abnehmbar; winkelverstellbare Beinstützen: Stahl, abnehmbar, arretierbar, mit anatomischen Längenausgleich; höhen- und tiefenverstellbare Seitenteile, Armauflage schaumstoffweich, gepolster; passive Beleuchtung (je 2 gelbe Reflektoren seitlich, 2 rote Reflektoren hinten, keine Klebestreifen!). Vorderräder: Felgen Kunststoff, 2-fach kugelgelagert nach DIN/ISO, Therapeutisch, Inkontinenzbezug, Pelotte	2.300,00 EUR	e	geriatrische Versorgung geriatrische Versorgung geriatrische Versorgung
18.50.02.5xxx 18.50.02.7xxx	Pflege rollstuhl	Neurologische Versorgung Gehunfähigkeit bzw. stark ausgeprägte Gehbehinderung mangelnde Rumpfkontrolle	wenn aus medizinischen Gründen eine vom Vertragspreismodell abweichende höherwertige Ausführung begründet ist	24%		neurologische Versorgung 24% Rabatt neurologische Versorgung 24% Rabatt
18.51.01.xxxx	Rollstühle mit Hebelantrieb			25%	e	25% Rabatt
18.51.02.xxxx	Elektrorollstühle		siehe gesonderte Beschreibung in Anlage A 3 weiteres Zubehör Rabatt 20%	4.450,00 EUR	e	weiteres Zubehör 20% Rabatt
18.65.01.xxxx	Treppenfahrzeuge		Einweisung durch autorisiertes Personal Ausfüllen des Einweisungs-Nachweisformulars	9%	v	9% Rabatt
18.99.01.xxxx	Reha-Karren / Buggys		wie HMV	15%	e	15% Rabatt
18.99.05.xxxx	Schiebehilfen + Aufsteckantriebe		wie HMV	9%	e/v	9% Rabatt
18.99.07.0016	i2i-Kopf- und Nackenstützsystem		wie HMV	10%	V	10% Rabatt
18.99.99.0003	Feste, gepolsterte Rückenlehne anstatt Rückenbespannung, kurz (z.B. The Back Systeme von Otto Bock)		wie HMV	16%	V	16% Rabatt
18.99.99.0099	Sonstige Rückenlehnen oder -Ausstattungen (z.B. V-Trak Axxis von T-RV)		wie HMV	16%	V	16% Rabatt
18.99.99.0301	Hochschwenkbare Fußstützen, sowohl einzeln als auch Paar		wie HMV	20%	V	20% Rabatt

18.99.99.0xxx (alt 18.99.09.)	Rollstuhlzubehör			Rabatt wie Grund-HiMi	Rabatt wie Grundhilfsmittel
18.99.99.0801 (alt 18.99.09.0001)	Therapietisch		Standard-Therapietisch aus bruchsicheren Thermoplasten in der Breite verstellbar von 38-43 cm bzw. 43-52 cm <b>Rollstuhlsitzbreite</b> , aufschiebbar	110,00 EUR	e
18.00.12.0001 (alt 18.99.09.0993)	Speichenschutz		Standardausführung, transparent, Stückpreis, incl. Montage und Montagematerial (zur Nachrüstung)	45,00 EUR	e
18.99.99.2002 (neu)	Aufpreis für übergroße Sitzbreiten  (kann nur berechnet werden, wenn die Sitzbreite herstellerseitig als übergroß definiert ist)		belastbar bis 150 kg feste Sitzplatte inkl. Verbundschaumsitzkissen (3cm) Doppelkreuzstrebe	Rabatt  wie Grund-HiMi	Rabatt wie Grundhilfsmittel

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Anmerkung Schiebehilfen + Aufsteckantriebe:

e/v = Bei Komplettlieferungen in Verbindung mit Rollstuhl ermäßigter Steuersatz gem. dem gelieferten Grundhilfsmittel (Rollstuhl).

ungültig

## Rehamittel FOS / AOK BaWü (2006)

AC/TK: 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Produktgruppe 22 - Mobilitätshilfen

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.01.2013	MwSt	Bemerkungen
22.29.01.1xxx	Positionswechselhilfen		wie HMV	15%	v	
22.40.02.xxxx	Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert		wie HMV	15%	v	
22.40.05.xxxx	Klemmlifter		wie HMV	15%		

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

## Rehamittel FOS / AOK BaWü (2006)

AC/TK: 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Produktgruppe 32 - Therapeutische Bewegungsgeräte

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.02.2006	MwSt	Bemerkungen
32.06.01.xxxx	Fremdkraftbetriebene Beintrainer		wie HMV inkl. Erprobung mind. 14 Tage (Anlage 9)	10%	v	
32.10.01.xxxx	Fremdkraftbetriebene Armtrainer		wie HMV inkl. Erprobung mind. 14 Tage (Anlage 9)	10%	v	
32.29.01.xxxx	Fremdkraftbetriebene Kombinationstrainer für Arme und Beine		wie HMV inkl. Erprobung mind. 14 Tage (Anlage 9)	10%	v	

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz



## Rehamittel FOS / AOK BaWü (2006)

AC/TK: 11 01 101 / 15 01 101 / 19 01 101

Produktgruppe 33 - Toilettenhilfen

Pos. Nr.	Bezeichnung	Indikation	Qualität / Ausstattung	Preis ab 01.02.2006	MwSt	Bemerkungen
33.40.01.0xxx	Toilettensitzerhöhungen <u>ohne</u> Armlehnen	Deutlich eingeschränkte oder vollständig aufgehobene Beweglichkeit der LWS, der Hüft- u. Kniegelenke. Hierdurch eingeschränkte Fähigkeit des Hinsetzens und Aufstehens, weshalb die Benutzung konventioneller Toilettenbecken nicht möglich ist.	wie HMV Höhen 5 cm, 10 cm, 15 cm, mit oder ohne Deckel, klemmbar, aufsteckbar (Mischpreis d. h. inklusive / exklusive Montage / Hausbesuch) <u>ohne Wiedereinsatz</u>	59,00 EUR	v	
33.40.01.3xxx	Toilettensitzerhöhungen <u>mit</u> Armlehnen	Deutlich eingeschränkte oder vollständig aufgehobene Beweglichkeit der LWS, der Hüft- und Kniegelenke. Hierdurch eingeschränkte Fähigkeit des Hinsetzens und Aufstehens, weshalb die Benutzung konventioneller Toilettenbecken nicht möglich ist.	wie HMV, 3-fach in der Höhe einstellbar <u>inklusive</u> Montage/Hausbesuch <u>ohne Wiedereinsatz</u>	160,00 EUR	v	
			<u>ohne</u> Montage <u>ohne Wiedereinsatz</u>	120,00 EUR	v	
33.40.04.2xxx	Toilettenstühle für Kinder		wie HMV	16%	v	

v = voller Mehrwertsteuersatz

e = ermäßigter Mehrwertsteuersatz

Produktgruppe:	Elektro-Rollstuhl für Innenraum
Indikation:	siehe auch HMV 18.46.05.0
Ausführung:	mindestens gem. HMV – Verzeichnis, CE-Kennzeichnung, Eignung zum Transport in Kfz.
Hilfsmittelverzeichnisnummer:	18.46.05.0
Belastbarkeit (Patientengewicht, max.):	120 kg
Bereifung:	pannensicher, wahlweise Vollgummi oder Schaumschlauch oder pannengeschützt
Sitzbreiten:	Variabel durch Verstellbarkeit der Seitenteile
Sitztiefe:	Einstellbar
Garantiezeiten:	4 Jahre auf Rahmen, 2 Jahre auf Antrieb und Elektronik/Elektrik, ½ Jahr auf Batterien, 1 Jahr auf übrige Teile, 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Adaptionsmöglichkeiten:	Baukastensystem
Beleuchtung:	passiv (je Seite zwei gelbe Katzenaugen, hinten zwei rote Katzenaugen). Bei Benutzung im Straßenverkehr aktiv elektrisch nach STVZO, mit zwei weißen Frontscheinwerfern, zwei roten Rückleuchten und vier gelben Blinkern (je Fahrtrichtung zwei) mit Warnblinkleinrichtung gegen Aufpreis.
Beinstützen:	nach außen abschwenkbar, abnehmbar, arretierbar
Seitenteile:	höhenverstellbar, Armauflage gepolstert, PU-Schaum, Desk- oder Standardlänge
Höchstgeschwindigkeit:	6 km/h ( <b><u>über 6 km/h keine Kassenleistung!</u></b> )
im Grundpreis enthalten:	Bei Bedarf Rückenrohre mit Lumbalknick Anti-Kipp-Rollen Beckengurt 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung

Aufpreis Sonderpositionen: Aktive Beleuchtung, siehe Beschreibung Beleuchtung

Sondersteuerung

Sonderausführung der Baugruppen  
(z. B. höhenverstellbare Beinstützen, Sonderpolster für  
Armlehnen, usw.)

ungültig

Anhang A 2 zur Preisvereinbarung Rehamittel, 02/2006

Produktgruppe:	Elektro-Rollstuhl für Innenraum und Straßenverkehr <u>mit indirekter Lenkung</u>
Indikation:	siehe auch HMV 18.50.04.0
Ausführung:	mindestens gem. HMV - Verzeichnis, CE-Kennzeichnung, Eignung zum Transport in Kfz.
Hilfsmittelverzeichnisnummer:	18.50.04.0
Belastbarkeit (Patientengewicht, max.):	120 kg
Lenkräder:	Mindestradgröße: mind. 10 "
Bereifung:	pannengeschützt
Sitzbreiten:	Variabel durch Verstellbarkeit der Seitenteile
Sitztiefe:	Einstellbar
Garantiezeiten:	4 Jahre auf Rahmen, 2 Jahre auf Antrieb und Elektronik/Elektrik, ½ Jahr auf Batterien, 1 Jahr auf übrige Teile, 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Adaptionsmöglichkeiten:	Baukastensystem
Beleuchtung:	passiv (je Seite zwei gelbe Katzenaugen, hinten zwei rote Katzenaugen), und aktiv elektrisch nach STVZO, mit zwei weißen Frontscheinwerfern, zwei roten Rückleuchten und vier gelben Blinkern (je Fahrtrichtung zwei) mit Warnblinkeinrichtung
Beinstützen:	nach außen abschwenkbar, abnehmbar, arretierbar
Seitenteile:	höhenverstellbar, Armauflage gepolstert, PU-Schaum, Desk- oder Standardlänge
Antrieb:	2 Motoren, direkter Antrieb oder Räder durch Motor in Verbindung mit Getriebe  Einhebel-Entriegelungsmöglichkeit des Antriebssystems (Schiebemöglichkeit) mit Sperre gegen unbeabsichtigte Betätigung  Auf Motorik des Benutzers programmierbare Elektronik  Gelbatterien mind. 55 Ah (5 Std. Entladezeit), gesichert mit Warnanzeige gegen Tiefentladung

Adaptierbarkeit verschiedener Steuerungskomponenten,  
wie z. B. Sensorsteuerung, Kinnsteuerung, Steuerung  
durch Begleitpersonen

Batterieladegerät: mit Überladeschutz im Grundpreis enthalten

Höchstgeschwindigkeit:  
im Grundpreis enthalten: 6 km/h (**über 6 km/h keine Kassenleistung!**)  
Anti-Kipp-Rollen

Beckengurt

3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung

Aufpreis Sonderpositionen: Elektrische Sitzhöhenverstellung

Elektrische Rückenverstellung

Elektrisch einstellbare Beinstützen

Elektrische Sitzkantelung

Sitz- und Rückenelemente mit besonderem Sitzkomfort,  
z. B. Recaro-Sitze

Sondersteuerungen

Sondersitzhöhen

Sondersitzbreiten

Sonderausführung der Baugruppen (z. B.  
höhenverstellbare Beinstützen, Sonderpolster für  
Armlehnen, usw.)

Rückspiegel

## Anhang A 3 zur Preisvereinbarung Rehamittel. 02/2006

Produktgruppe:	<u>Elektro-Rollstuhl für Straßenverkehr mit direkter elektromechanischer Lenkung (Lenkgestänge)</u>
Indikation:	siehe auch HMV 18.50.04.1 / 18.51.02.0 / 18.51.02.1
Ausführung:	CE-Kennzeichnung, Eignung zum Transport in Kfz.
Hilfsmittelverzeichnisnummer:	18.50.04.1 / 18.51.02.0 / 18.51.02.1
Belastbarkeit (Patientengewicht, max.):	120 kg
Lenkräder:	Mindestgröße: mind. 10 "
Bereifung:	pannengeschützt
Sitzbreiten:	Variabel durch Verstellbarkeit der Seitenteile
Sitztiefe:	Einstellbar
Garantiezeiten:	4 Jahre auf Rahmen, 2 Jahre auf Antrieb und Elektronik/Elektrik, ½ Jahr auf Batterien, 1 Jahr auf übrige Teile, 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Adaptionsmöglichkeiten:	Baukastensystem
Beleuchtung:	passiv nach STVZO (je Seite zwei gelbe Katzenaugen, hinten zwei rote Katzenaugen), und aktiv elektrisch nach STVZO, mit zwei weißen Frontscheinwerfern, zwei roten Rückleuchten und vier gelben Blinkern (je Fahrtrichtung zwei) mit Warnblinkeinrichtung
Beinstützen:	abnehmbar, arretierbar
Seitenteile:	höhenverstellbar, Armauflage gepolstert, PU-Schaum, Desk- oder Standardlänge
Antrieb:	Entriegelungsmöglichkeit des Antriebssystems (Schiebemöglichkeit)  Auf Motorik des Benutzers programmierbare Elektronik  Gelbatterien mind. 55 Ah (5 Std. Entladezeit), gesichert mit Warnanzeige gegen Tiefentladung  Adaptierbarkeit verschiedener Steuerungskomponenten, wie z. B. Sensorsteuerung, Kinnsteuerung, Steuerung durch Begleitpersonen
Batterieladegerät:	mit Überladeschutz im Grundpreis enthalten

Höchstgeschwindigkeit:	6 km/h <b><u>(über 6 km/h keine Kassenleistung!)</u></b>
im Grundpreis enthalten:	Beckengurt 3 Monate nach Lieferung kostenlose Wartung
Aufpreis Sonderpositionen:	Elektrische Sitzhöhenverstellung Elektrische Rückenverstellung Elektrisch einstellbare Beinstützen Elektrische Sitzkantelung Sitz- und Rückenelemente mit besonderem Sitzkomfort, z. B. Recaro-Sitze Sondersteuerungen Sondersitzhöhen Sondersitzbreiten Sonderausführung der Baugruppen (z. B. höhenverstellbare Beinstützen, Sonderpolster für Armlehnen, usw.) Rückspiegel

# N i e d e r s c h r i f t

## über die Verpflichtung

### auf das Sozialgeheimnis gemäß § 35 SGB I sowie auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Straße/ Ort \_\_\_\_\_

wurde heute

1. darüber informiert, daß er/sie im Rahmen der durchzuführenden Aufgaben Kenntnis von sensiblen Daten im Sinne von § 67 SGB X (Sozialdaten sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), §§ 93 ff SGB XI (personenbezogene Daten der Pflegeversicherung) bzw. § 3 BDSG (personenbezogene Daten) erhalten kann,
2. auf die Wahrung des Sozialgeheimnisses gemäß § 35 SGB I sowie auf die Wahrung des Datengeheimnisses gemäß § 5 BDSG verpflichtet,
3. darauf hingewiesen, daß es untersagt ist, geschützte Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sowie personenbezogene Daten unbefugt zu verarbeiten und zu nutzen. Insbesondere ist es untersagt, diese Daten für Unbefugte zugänglich zu machen oder sie an Unbefugte weiterzugeben. Diese Verpflichtung besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort;
4. darüber belehrt, daß Verstöße gegen das Sozial- sowie das Datengeheimnis nach § 85 SGB X, § 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden können; eine disziplinar- oder arbeitsrechtliche Verfolgung wird dadurch nicht ausgeschlossen. Eine Verletzung des Sozial- bzw. des Datengeheimnisses wird in den meisten Fällen gleichzeitig eine Verletzung der Amtsverschwiegenheit bzw. einen Verstoß gegen die arbeitsrechtliche Schweigepflicht darstellen. Auch kann in ihr eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) liegen.

Der Empfang einer Abschrift dieser Niederschrift wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Verpflichtenden)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Verpflichteten)

**Bitte Ausführungen auf  
der Rückseite beachten**



# Zur Beachtung

Im Rahmen Ihrer Aufgabenstellung erhalten Sie Kenntnis von Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen im Sinne von § 67 des Sozialgesetzbuch (SGB) X sowie von personenbezogenen Daten gemäß §§ 93 ff des SGB XI und § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Dementsprechend gelten für Sie die Geheimhaltungsvorschriften von § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) sowie die Verpflichtung zur Wahrung des Sozialgeheimnisses gemäß § 35 SGB I. Ebenso gilt für Sie das Datengeheimnis nach § 5 BDSG.

Nach diesen Regelungen ist es Ihnen untersagt, geschützte Sozialdaten, personenbezogene Daten sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten und zu nutzen.

Die formelle Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis sowie auf das Datengeheimnis erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und besteht auch nach Beendigung der jeweiligen Tätigkeit fort.

Verstöße gegen das Sozial- und Datengeheimnis können gemäß § 85 SGB X, § 43 BDSG sowie anderer einschlägiger Rechtsvorschriften mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden.

Der Schutz der genannten Daten gemäß SGB und LDSG gilt unabhängig von der Art der Verarbeitung und Nutzung dieser Daten. Geschützt sind demnach auch die in Aktenordnern aufbewahrten Unterlagen (z.B. Fragebögen, Bescheinigungen).

Bei der automatisierten Verarbeitung der genannten Daten gemäß § 67 Abs. 6 SGB X bzw. § 3 Abs. 5 BDSG sind technische und organisatorische Maßnahmen insbesondere auch zur Verhinderung der Kenntnisnahme dieser Daten durch Unbefugte zu treffen.

Bei der Verarbeitung von Daten der Buchhaltung und des Rechnungswesens (einschließlich der Personalabrechnung) sind die jeweils geltenden Grundsätze zur ordnungsgemäßen Erledigung zu beachten.

Bitte machen Sie sich auch mit den übrigen Bestimmungen zum Datenschutz im SGB und dem LDSG sowie in der Dienstanweisung zum Datenschutz vertraut. Für Fragen und Anregungen steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte zur Verfügung.

Wir bitten Sie um sensiblen Umgang mit den Ihnen zugänglichen Daten und um Ihre aktive Mitarbeit.

# LEIHVERTRAG ÜBER EIN HILFSMITTEL

zwischen der  
**AOK Baden-Württemberg**

und  
**dem/der AOK-Versicherten:**

**Sollte das Hilfsmittel nicht mehr benötigt werden,  
wählen Sie bitte die folgende kostenlose Servicenummer:**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Montag – Freitag 7:30 bis 18:00 Uhr**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**KV-Nr. alt:** \_\_\_\_\_ ... **KV-Nr. neu:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

1. Die AOK Baden Württemberg stellt dem/der Versicherten als Leistung der Kranken- bzw. Pflegeversicherung folgende Hilfsmittel leihweise zur Verfügung:

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

Inventarnummer: **\_800 E\_** \_\_\_\_\_

2. Der/Die Versicherte erklärt hiermit, dass das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und gebrauchsfähigen Zustand übernommen wurde. Es verbleibt ihm/ihr zur

- eigenen sachgerechten Nutzung,
- sachgerechten Nutzung durch seinen/ihren Angehörigen oder Pflegedienst,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum des Angehörigen oder Pflegedienstes

solange dies medizinisch notwendig ist.

3. Der/Die Versicherte verpflichtet sich,

- das Hilfsmittel ordnungsgemäß und schonend zu behandeln bzw. für eine solche Behandlung zu sorgen, wenn es durch einen Angehörigen benutzt wird,
- Beschädigungen, die durch unsachgemäßen Gebrauch oder Fahrlässigkeit entstehen, auf eigene Kosten beheben zu lassen,
- die AOK Baden-Württemberg von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann,
- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
- das Hilfsmittel gegen Schäden durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu schützen.

4. Sobald das Hilfsmittel nicht mehr verwendet oder gebraucht wird oder ein Krankenkassenwechsel stattfindet, ist es der AOK Baden-Württemberg zurückzugeben. Es genügt eine Meldung bei der AOK unter der kostenlosen Telefonnummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. Die Abholung des Hilfsmittels wird dann terminlich abgestimmt organisiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten oder  
des gesetzlichen Vertreters

Exemplar für den/die AOK-Versicherte/n

Exemplar für die AOK Baden-Württemberg

An die AOK - Die Gesundheitskasse:  
Zuständiges HilfsmittelLogistikCenter:

Fax:  
Fax:

Leistungserbringer (LE): Name, Adresse, IK-Nummer \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner, Telefon, Fax \_\_\_\_\_

**Lageranfrage** - Wir benötigen für die Versorgung Ihrer/Ihres Versicherten

**Bitte hier die Verordnung einfügen**

Sofern bei einem **Pflegehilfsmittel** keine Verordnung vorliegt, stattdessen bitte angeben:

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. alt \_\_\_\_\_ neu \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Lieferadresse: \_\_\_\_\_

**Bitte für jedes Hilfsmittel ein Formular verwenden - auch wenn mehrere Hilfsmittel auf einer Verordnung aufgeführt sind.**

Bezeichnung des Hilfsmittels: \_\_\_\_\_ HMV-Nr. (7-St.): \_\_\_\_\_  
SB: \_\_\_\_\_ SH: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_ Gewicht des Patienten: \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_  
dringend erforderliche Funktionsmerkmale:

**Anwendung:**

Alle zutreffenden Kriterien kennzeichnen

selbst	aktiv	Außenbereich	Behandlung
Pflegeperson	passiv	Innenbereich	Prophylaxe

Datum und Unterschrift LE: \_\_\_\_\_

Wird von der AOK ausgefüllt:

- Es besteht eine Leistungspflicht der AOK - Die Gesundheitskasse  AOK Pflegekasse  Eine Leistungspflicht der AOK besteht nicht

Genehmigungsnummer.: \_\_\_\_\_

- Der Versicherte ist von der gesetzlichen Zuzahlung befreit \_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der AOK

Wird vom HilfsmittelLogistikCenter ausgefüllt:

- Im Bestand vorhanden: ID-Nr. **800 E** \_\_\_\_\_ ⇒ Auslief. an LE erfolgt am \_\_\_\_\_  
Bezeichnung des Hilfsmittels/HMV-Nr.:

- Nicht im Bestand vorhanden, Erfassung im Bestand, ID-Nr.: **800 E** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift HLC

Anlage 5 des Vertrages gem. § 127 Abs. 2 SGB V über wiedereinsatzbare Hilfsmittel  
**Erklärung zum Beitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V**

(Name und ggf. Rechtsform des Beitretenden)	(Telefon/Fax)
(Straße/Hausnummer)	(E-Mail)
(Postleitzahl/Ort)	(Institutionskennzeichen)
(Name des Geschäftsführers/Inhabers)	

**Allgemeine Beitrittsbedingungen**

**§ 1 Grundsätzliches**

Leistungserbringer können zu gleichen Bedingungen den gemäß § 127 Abs. 2 SGB V geschlossenen Verträgen der AOK Baden-Württemberg als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

**§ 2 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 in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils gültigen Fassung 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.

**§ 3 Nachträgliche Änderungen von Verträgen**

Nachträgliche Vertragsänderungen werden für Beigetretene ohne weitere Anerkennung verbindlich. Der über den Beitritt geschlossene Vertrag kann innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnismahme fristlos schriftlich gekündigt werden, wenn hinsichtlich der Änderungen kein Einverständnis besteht. Dies gilt nicht für Mitglieder eines Verbandes, der den Vertrag für seine Mitglieder geschlossen hat.

**§ 4 Kündigung von Verträgen**

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

**§ 5 Wirksamkeit des Beitritts**

Der Beitritt wird wirksam, sobald die AOK Baden-Württemberg diesen nach Prüfung schriftlich bestätigt.

Vertragstitel	Vertrag vom	AC/TK bzw. Vertragscode
Vertrag über wiedereinsatzbare Hilfsmittel gem. § 127 Abs. 2 SGB V		<input type="checkbox"/> 1101101 <input type="checkbox"/> 1501101 <input type="checkbox"/> 1901101

Anzahl der aufgeführten Verträge:

Ggf. weitere Verträge bitte auf einer weiteren Erklärung notieren.

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den Leitfaden zum Vertragsbeitritt zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte der Verträge informiert. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den aufgeführten Verträgen der AOK Baden-Württemberg beitreten möchte/n.

Ort/Datum

Stempel/ Unterschrift des Beitretenden

## **Ansprechpartnerübersicht** **AOK-Hilfsmittel-CompetenceCenter**

Die aktuelle Übersicht der Ansprechpartner in den AOK Hilfsmittel-CompetenceCentern der AOK Baden-Württemberg ist im Internet unter dem Link

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/hilfsmittel/beitritt/index.html>

als Datei „Ansprechpartner“ abrufbar.

**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT LIEGEHILFEN ALS HILFSMITTEL  
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES  
- ANZUWENDEN AB DER VOLLENDUNG DES FÜNFTEN LEBENSJAHRES -**

**1. PERSONENDATEN**

Vor- und Zuname des Patienten: \_\_\_\_\_

Adresse des Patienten: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Verordner: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Ggf. Betreuungspersonen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)**

Angehörige / Laien: \_\_\_\_\_

Ambulanter Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Stationäre Pflege: \_\_\_\_\_

**3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN**

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

- nein  ja → Dekubitus Stadium I   
Dekubitus Stadium II   
Dekubitus Stadium III   
Dekubitus Stadium IV

→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)  
Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

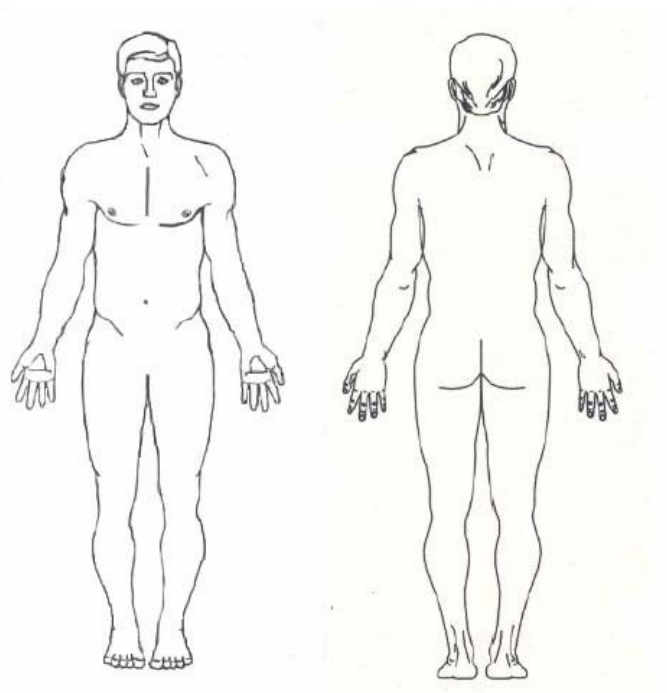
Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III  
oder IV (EPUAP) vor?

- nein  ja → ehem. Dekubitus Stadium III   
ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheil-  
tem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

- nein  ja, Begründung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 5. BRADEN-SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS (nach B.Braden übersetzt von H.Heinhold; Heilberufe Spezial - Dekubitus 2001/2002)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, Lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung,</p> <p>ODER</p> <p>Missempfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden</p> <p>ODER</p> <p>Sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden,</p> <p>ODER</p> <p>sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen.</p> <p>Missempfindungen oder Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.</p>	<p>2. Oft feucht</p> <p>Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.</p>	<p>3. Manchmal feucht</p> <p>Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Grad der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerig</p> <p>Das Bett kann nicht verlassen werden.</p>	<p>2. An den Stuhl / Rollstuhl gebunden</p> <p>Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann sich selbst nicht aufrecht halten und/oder braucht Unterstützung beim Hinsetzen.</p>	<p>3. Gehen</p> <p>Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl</p>	<p>4. Regelmäßiges Gehen</p> <p>Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbständig durchgeführt.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.</p>	
<p>Ernährung</p> <p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>1. Schlechte Ernährung</p> <p>Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost</p> <p>ODER</p> <p>Wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.</p>	<p>2. Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</p> <p>Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen</p> <p>ODER</p> <p>Erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.</p>	<p>3. Ausreichende Ernährung</p> <p>Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an.</p> <p>ODER</p> <p>Wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.</p>	<p>4. Gute Ernährung</p> <p>Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost</p>	
<p>Reibungs- und Scherkräfte</p>	<p>1. Problem</p> <p>Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. Anheben (z.B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.</p>	<p>2. Potenzielles Problem</p> <p>Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel / Rollstuhl / Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.</p>	<p>3. Kein feststellbares Problem</p> <p>Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.</p>		

## 5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ?  nein  ja

Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ?  nein  ja

Ist der Patient hochbetagt (d.h. 80 Jahre und älter) ?  nein  ja

Liegt ein dauerhaft niedriger Blutdruck (diastolisch <60 mmHg) vor ?  nein  ja

Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ?  nein  ja

Ist der Patient Diabetiker ?  nein  ja

Patient muss auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV gelagert werden (siehe Abschnitt 4)  nein  ja

Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ?  nein  ja

Beschreibung der Risiken: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten  
Punktwerte gemäß Braden-Skala: \_\_\_\_\_ Punkte

- kein Risiko (19 – 23 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (15 – 18 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (13 – 14 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (10 – 12 Punkte, Stufe 3)
- sehr hohes Risiko ( 9 – 6 Punkte, Stufe 4)

**Beachte:**

Liegen weitere bedeutende Risikofaktoren vor (siehe Abschnitt 5.1), die nicht durch die Braden-Skala erfasst werden, muss der Patient in die jeweils nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist

nein  ja



## 6. ZUSAMMENFASSUNG ALLER ANFORDERUNGEN UND AUSWAHLHILFE FÜR HILFSMITTEL

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	Wenn zutreffend, dann sind folgende Bedingungen an das Hilfsmittel zu stellen:	Bemerkung
Körpergewicht < 40 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggf. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergewicht > 90 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggf. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergröße > 1,90 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ggf. Produkt zur Sonderversorgung erforderlich Berechnung der erforderlichen Systemlänge Körpergröße _____ m + 0,1 m = _____ m	
Manchmal feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden. Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z.B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Auflagen-/Matratzenstärke so wählen, dass kein Durchsinken möglich ist. Das Produkt soll über eine Randverstärkung verfügen. Auf korrekte Positionierung der Knickstellen achten (siehe Einzelproduktbeschreibung). Wechseldrucksysteme geeignet, wenn automatische Anpassung bzw. Statikfunktion vorhanden.	
Patient muss auf bestehenden Wunden gelagert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggf. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung!) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spastiken vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggf. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	
Allgemeines Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben.	
Mittleres Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben und regelmäßige Lagerung unterstützen.	
Hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen.	
Sehr hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen	

## 7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart \_\_\_\_\_

dem konkreten Hilfsmittel (Name) \_\_\_\_\_

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

---



---

## 8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

---



---

Pflegekraft:

---



---

Sonstige (Funktion angeben):

---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_

## 9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT LIEGEHILFEN ALS HILFSMITTEL  
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES  
- ANZUWENDEN BIS ZUR VOLLENDUNG DES FÜNFTEN LEBENSJAHRES -**

**1. PERSONENDATEN**

Vor- und Zuname des Patienten: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Adresse des Patienten: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Verordner: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Ggf. Betreuungspersonen: \_\_\_\_\_

**2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)**

Angehörige / Laien: \_\_\_\_\_

Ambulanter Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Stationäre Pflege: \_\_\_\_\_

**3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN**

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

- nein  ja → Dekubitus Stadium I
- Dekubitus Stadium II
- Dekubitus Stadium III
- Dekubitus Stadium IV

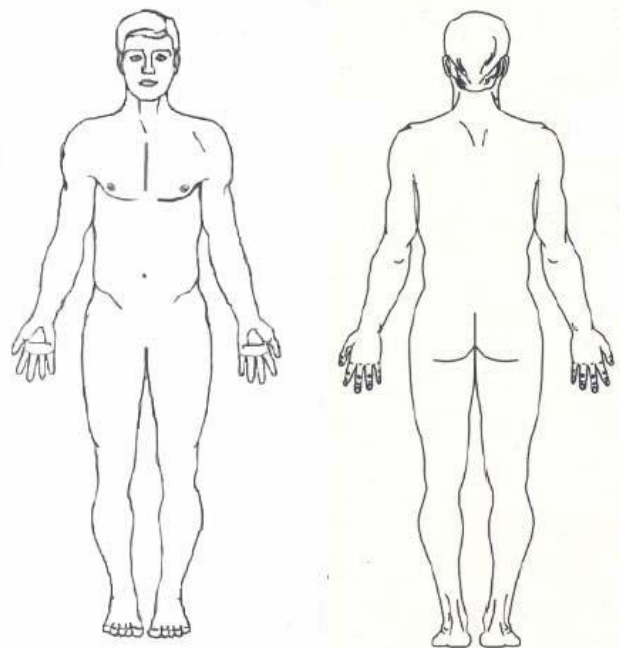
→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)  
Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III oder IV (EPUAP) vor?

- nein  ja → ehem. Dekubitus Stadium III
- ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheiltem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

nein  ja, Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



5. BRADEN Q - SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS<sup>1</sup>

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorische Wahrnehmung</p> <p>Fähigkeit, Reize durch Berührung, passive Lageveränderung, z.B. einer Gliedmaße, Vibrationen, Temperatur, Schmerz wahrzunehmen und zu verarbeiten</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Unfähigkeit, auf Schmerzreize zu reagieren (auch nicht durch Stöhnen, Zurückzucken, Greifen). Ursache: Herabgesetzte Wahrnehmungsfähigkeit (bis zur Bewusstlosigkeit) oder Sedierung</p> <p>ODER</p> <p>Fähigkeit des Schmerzempfindens über den größten Anteil der Körperoberfläche herabgesetzt</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reagiert nur auf schmerzhafte Reize. Kann Unbehagen weder durch Stöhnen noch durch Unruhe mitteilen,</p> <p>ODER</p> <p>über mehr als die Hälfte des Körper liegen Störungen der sensorischen Wahrnehmung vor, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden, herabsetzen.</p>	<p>3. Wenig eingeschränkt</p> <p>Reagiert auf verbale Aufforderungen, kann aber nicht immer Unbehagen oder die Notwendigkeit des Positionswechsels mitteilen,</p> <p>ODER</p> <p>es liegen wenige Störungen der sensorischen Wahrnehmung vor, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden, in ein oder zwei Gliedmaßen herabsetzen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reagiert auf verbale Aufforderungen. Hat keine sensorischen Defizite, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden und mitzuteilen, herabsetzen.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit (Schweiß, Urin) ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin und Drainageflüssigkeit. Feuchte wird jedes Mal festgestellt, wenn der Patient bewegt oder gedreht wird.</p>	<p>2. Sehr feucht</p> <p>Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Bettlaken müssen mindestens alle 8 Stunden gewechselt werden.</p>	<p>3. Gelegentlich feucht</p> <p>Die Haut ist gelegentlich feucht, Wäsche- wechsel ist etwa alle 12 Stunden erforderlich.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist meistens trocken. Windelwechsel routinemäßig, Lakenwechsel nur alle 24 Stunden erforderlich.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Ausmaß der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerigkeit</p> <p>Kann/darf das Bett nicht verlassen</p>	<p>2. An Lehnstuhl/Sessel/ Rollstuhl gebunden</p> <p>Fähigkeit, ein wenig zu gehen, ist eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann das Eigengewicht nicht tragen und/oder braucht Hilfe sich in den Lehnstuhl, Sessel oder Rollstuhl zu setzen.</p>	<p>3. Geht gelegentlich</p> <p>Geht tagsüber gelegentlich, aber nur kurze sehr Strecken, mit oder ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl.</p>	<p>4. Geht oft</p> <p>Tagsüber wenigstens zweimal außerhalb des Zimmers und wenigstens einmal alle zwei Stunden innerhalb des Zimmers.</p> <p>ODER</p> <p>Patient ist zu jung um laufen zu können</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Position des Körpers insgesamt oder der Gliedmaßen zu verändern.</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Führt nicht die geringste Positionsänderung des Körpers oder einzelner Gliedmaßen ohne Hilfe aus.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Führt gelegentlich geringfügige Positionsänderungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen aus, ist aber unfähig, den Körper selbständig zu drehen.</p>	<p>3. Leicht eingeschränkt</p> <p>Führt oft, jedoch geringfügige Positionsänderungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen aus.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Führt oft große Positionsveränderungen ohne Unterstützung aus.</p>	
<p>Gewebedurchblutung und Sauerstoffversorgung</p>	<p>1. Extrem gefährdet</p> <p>Hypotonie, MAP = Mittlerer Arterieller Blutdruck &lt; 50 mmHg, &lt; 40 mmHg beim Neugeborenen)</p> <p>ODER</p> <p>der Patient toleriert keinen Positionswechsel</p>	<p>2. Gefährdet</p> <p>Normotonie, Sauerstoffsättigung &lt; 95 %, Hämoglobin bei &lt; 10 mg/dl, kapilläre Wiederauffüllzeit bei &gt; 2 Sekunden, Serum pH &lt; 7,40</p>	<p>3. Ausreichend</p> <p>Normotonie, Sauerstoffsättigung &lt; 95 %, Hämoglobin bei &lt; 10 mg/dl, kapilläre Wiederauffüllzeit etwa 2 Sekunden, Serum-pH normal</p>	<p>4. Sehr gut</p> <p>Normotonie, Sauerstoffsättigung &gt; 95 %, Hämoglobin normal, kapilläre Wiederauffüllzeit &lt; 2 Sekunden</p>	
				Summe Übertrag	

<sup>1</sup> · Modifizierte Braden Q Scale – Vanderbilt Universitätskinderklinik Nashville' Online zu beziehen über [www.mc.vanderbilt.edu/learning-center/publist.html](http://www.mc.vanderbilt.edu/learning-center/publist.html)

Ernährung	1. Sehr schlecht	2. Nicht ausreichend	3. Ausreichend	4. Sehr gut	
<p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>Keine orale Ernährung und/oder nur klare Flüssigkeitszufuhr, oder intravenöse Flüssigkeitszufuhr über mehr als 5 Tage</p> <p>ODER</p> <p>Eiweißzufuhr &lt; 2,5 mg/dl</p> <p>ODER</p> <p>isst nie eine vollständige Mahlzeit. Isst selten mehr als die Hälfte der angebotenen Mahlzeit. Eiweißzufuhr beträgt nur 2 fleischhaltige Portionen oder Milchprodukte täglich. Trinkt wenig Flüssigkeit. Erhält keine Ernährungsergänzungskost.</p>	<p>Erhält flüssige Nahrung oder Sondenkost / intravenöse Ernährung, die eine für das Alter nicht ausreichende Menge an Kalorien und Mineralien enthält,</p> <p>ODER</p> <p>Eiweißzufuhr &lt; 3 mg/dl</p> <p>ODER</p> <p>isst selten eine vollständige Mahlzeit und allgemein nur die Hälfte der jeweils angebotenen Portion. Eiweißzufuhr umfasst nur 3 fleischhaltige Portionen oder Milchprodukte täglich. Gelegentlich wird Nahrungsergänzungskost zu sich genommen.</p>	<p>Erhält flüssige Nahrung oder Sondenkost., die eine für das Alter ausreichende Menge an Eiweiß und Mineralien enthält</p> <p>ODER</p> <p>isst mehr als die Hälfte jeder Mahlzeit. Isst insgesamt 4 oder mehr fleischhaltige und eiweißhaltige Portionen täglich. Lehnt gelegentlich eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungskost zu sich, sofern sie angeboten wird.</p>	<p>Nimmt eine normale Ernährung ein, die genügend Kalorien für das Alter enthält. Isst beispielsweise fast jede Mahlzeit vollständig auf. Lehnt nie eine Mahlzeit ab. Isst im Allgemeinen 4 und mehr Portionen täglich, die Fleisch oder Milchprodukte enthalten. Isst gelegentlich zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Nahrungsergänzungskost.</p>	
<p>Reibung und Scherkräfte</p> <p>Reibung entsteht, wenn die Haut über das Bettlaken schleift,</p> <p>Scherkräfte entstehen, wenn sich Haut und angrenzende Oberflächen der Knochen gegeneinander verschieben</p>	<p>1. Erhebliches Problem</p> <p>Spastik, Kontraktur, Juckreiz oder Unruhe verursachen– fast ständiges Herumwerfen, um sich schlagen und Reiben</p>	<p>2. Bestehendes Problem</p> <p>Braucht mittlere bis maximale Unterstützung beim Positionswechsel. Vollständiges Anheben ohne über die Laken zu rutschen ist nicht möglich. Rutscht im Bett oder Stuhl oft nach unten und braucht oft maximale Hilfe, um in die Ausgangsposition zu gelangen.</p>	<p>3. Mögliches Problem</p> <p>Bewegt sich schwach oder benötigt geringe Hilfe. Während des Positionswechsels schleift die Haut etwas über Laken, Stuhl, Kopfstützen oder anderes Zubehör. Behält die meiste Zeit relativ gut die Position in Stuhl oder Bett, rutscht aber gelegentlich herab.</p>	<p>4. Kein auftretendes Problem</p> <p>Ist fähig, sich während des Positionswechsels vollständig anzuheben, bewegt sich in Bett und Stuhl unabhängig und hat ausreichend Muskelkraft, um sich während des Positionswechsels zu heben. Erhält in Stuhl oder Bett jederzeit eine gute Position aufrecht.</p>	
				Summe Übertrag	
				Gesamtsumme	

## 5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ?  nein  ja

Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ?  nein  ja

Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ?  nein  ja

Ist der Patient Diabetiker ?  nein  ja

Patient muss auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV gelagert werden  
(siehe Abschnitt 4)  nein  ja

Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ?  nein  ja

Beschreibung der Risiken: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten  
Punktwerte gemäß Braden Q - Skala: \_\_\_\_\_ Punkte

- kein Risiko (25 – 28 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (22 – 24 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (14 – 23 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko ( 7 – 13 Punkte, Stufe 3)

**Beachte:**

Liegen weitere bedeutende Risiko-  
faktoren vor (siehe Abschnitt 5.1),  
die nicht durch die Braden Q - Skala  
erfasst werden, muss der Patient in die  
jeweils nächsthöhere Risikostufe ein-  
gruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die  
ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist

nein  ja

## 6. ZUSAMMENFASSUNG ALLER ANFORDERUNGEN UND AUSWAHLHILFE FÜR HILFSMITTEL

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	Wenn zutreffend, dann sind folgende Bedingungen an das Hilfsmittel zu stellen:	Bemerkung
Manchmal feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden. Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z.B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Auflagen-/Matratzenstärke so wählen, dass kein Durchsinken möglich ist. Das Produkt soll über eine Randverstärkung verfügen. Auf korrekte Positionierung der Knickstellen achten (siehe Einzelproduktbeschreibung). Wechseldrucksysteme geeignet, wenn automatische Anpassung bzw. Statikfunktion vorhanden.	
Patient muss auf bestehenden Wunden gelagert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggf. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung!) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spastiken vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggf. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	
Allgemeines Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben.	
Mittleres Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben und regelmäßige Lagerung unterstützen.	
Hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen.	

**7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG**

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart \_\_\_\_\_

dem konkreten Hilfsmittel (Name) \_\_\_\_\_

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

---



---

**8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)**

Arzt:

---



---

Pflegekraft:

---



---

Sonstige (Funktion angeben):

---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_

**9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS**

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT SITZHILFEN ALS HILFSMITTEL  
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSES**

**1. PERSONENDATEN**

Vor- und Zuname des Patienten: \_\_\_\_\_

Adresse des Patienten: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Verordner: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Ggf. Betreuungspersonen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)**

Angehörige / Laien: \_\_\_\_\_

Ambulanter Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Stationäre Pflege: \_\_\_\_\_

**3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN**

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

- nein  ja → Dekubitus Stadium I   
Dekubitus Stadium II   
Dekubitus Stadium III   
Dekubitus Stadium IV

→ Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)  
Lokalisation(en) in Schema einzeichnen

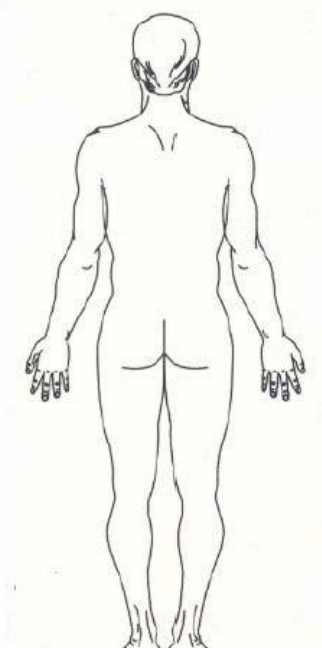
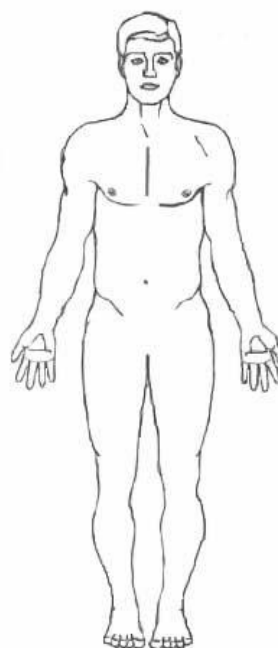
Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III  
oder IV (EPUAP) vor?

- nein  ja → ehem. Dekubitus Stadium III   
ehem. Dekubitus Stadium IV

Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheil-  
tem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ?

- nein  ja, Begründung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 5. BRADEN-SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS (nach B.Braden übersetzt von H.Heinhold; Heilberufe Spezial - Dekubitus 2001/2002)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
<p>Sensorisches Wahrnehmungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren</p>	<p>1. Vollständig ausgefallen</p> <p>Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung,</p> <p>ODER</p> <p>Missempfindungen / Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden</p> <p>ODER</p> <p>Sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden,</p> <p>ODER</p> <p>sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Reaktion auf Ansprechen.</p> <p>Missempfindungen oder Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.</p>	
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p>	<p>1. Ständig feucht</p> <p>Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegung festgestellt.</p>	<p>2. Oft feucht</p> <p>Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.</p>	<p>3. Manchmal feucht</p> <p>Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.</p>	<p>4. Selten feucht</p> <p>Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.</p>	
<p>Aktivität</p> <p>Grad der körperlichen Aktivität</p>	<p>1. Bettlägerig</p> <p>Das Bett kann nicht verlassen werden.</p>	<p>2. An den Stuhl / Rollstuhl gebunden</p> <p>Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann sich selbst nicht aufrecht halten und/oder braucht Unterstützung beim Hinsetzen.</p>	<p>3. Gehen</p> <p>Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett / Lehnstuhl / Rollstuhl</p>	<p>4. Regelmäßiges Gehen</p> <p>Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.</p>	
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern</p>	<p>1. Vollständige Immobilität</p> <p>Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.</p>	<p>2. Stark eingeschränkt</p> <p>Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.</p>	<p>3. Geringfügig eingeschränkt</p> <p>Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbständig durchgeführt.</p>	<p>4. Nicht eingeschränkt</p> <p>Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.</p>	
<p>Ernährung</p> <p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>1. Schlechte Ernährung</p> <p>Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost</p> <p>ODER</p> <p>Wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.</p>	<p>2. Wahrscheinlich unzureichende Ernährung</p> <p>Isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen</p> <p>ODER</p> <p>Erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.</p>	<p>3. Ausreichende Ernährung</p> <p>Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an.</p> <p>ODER</p> <p>Wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.</p>	<p>4. Gute Ernährung</p> <p>Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost</p>	
<p>Reibungs- und Scherkräfte</p>	<p>1. Problem</p> <p>Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. Anheben (z.B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.</p>	<p>2. Potenzielles Problem</p> <p>Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel / Rollstuhl / Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.</p>	<p>3. Kein feststellbares Problem</p> <p>Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.</p>		

## 5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

- Kann der Patient sensitive Reize im Sitzbereich nicht oder nur eingeschränkt wahrnehmen ?  nein  ja
- Entlastet der Patient bewusst den Sitzbereich ?  nein  ja
- Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ?  nein  ja
- Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ?  nein  ja
- Ist der Patient hochbetagt (d.h. 80 Jahre und älter) ?  nein  ja
- Liegt ein dauerhaft niedriger Blutdruck (diastolisch <60 mmHg) vor ?  nein  ja
- Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ?  nein  ja
- Ist der Patient Diabetiker ?  nein  ja
- Patient sitzt auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV (siehe Abschnitt 4) ?  nein  ja
- Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ?  nein  ja

Beschreibung der Risiken: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten  
 Punktwerte gemäß Braden-Skala: \_\_\_\_\_ Punkte

- kein Risiko (19 – 23 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (15 – 18 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (13 – 14 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (10 – 12 Punkte, Stufe 3)
- sehr hohes Risiko ( 9 – 6 Punkte, Stufe 4)

**Beachte:**

Liegen weitere bedeutende Risikofaktoren vor (siehe Abschnitt 5.1), die nicht durch die Braden-Skala erfasst werden, muss der Patient in die jeweils nächsthöhere Risikostufe eingruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist  nein  ja

## 6. Spezielle Anforderungen

Wie lange wird der Patient durchschnittlich auf der Sitzhilfe verweilen

1. ununterbrochen am Stück \_\_\_\_\_ h
2. insgesamt pro Tag \_\_\_\_\_ h

### Beachte:

Die Eigenschaften des Kissens können sich mit zunehmender Nutzungsdauer verändern.

Besteht Sitzstabilität oder ist z.B. das Gleichgewicht des Benutzers eingeschränkt ?

nein  ja

Kann der Benutzer die Sitzposition passiv oder aktiv adäquat verändern ?

nein  ja

### Beachte:

Wenn „Nein“ muss eine Unterstützung durch z.B. Pelotten, Rückensysteme, Kissen mit Positionierungshilfen gewährleistet sein.

Sitzt der Benutzer asymmetrisch, z.B. wegen Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie ?

nein  ja

### Beachte:

Wenn „ja“ und bei fixierter Asymmetrie muss das Kissen unterstützend wirken.

Wenn „ja“ und bei flexibler Asymmetrie muss das Kissen anpassbar sein.

Besteht eine Gelenkeinstellung der Hüfte ?

nein  ja

### Beachte:

Wenn „ja“, muss das Kissen in Richtung der Längsachse, d.h. nach anterior bzw. posterior einstellbar sein.

Ist die Adduktion / Abduktion beeinträchtigt ?

nein  ja

### Beachte:

Wenn „ja“, muss ein entsprechend vorgeformtes oder ein anpassbares Kissen genutzt werden.

Liegt ein progressiver Krankheitsverlauf vor (z.B. Multiple Sklerose - MS, Amyotrophe Lateralsklerose – ALS), der Einfluss auf die Sitzposition nehmen kann ?

nein  ja

### Beachte:

Wenn „ja“, muss ein entsprechend anpassbares Kissen genutzt werden.

Wird das Kissen auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt ?

nein  ja

### Beachte:

Wenn „ja“ beachte, dass der jeweilige Untergrund die Eigenschaften des Kissens beeinflussen kann und das Kissen entsprechend gewählt werden muss.

## 7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart \_\_\_\_\_

dem konkreten Hilfsmittel (Name) \_\_\_\_\_

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.

empfohlen.

Falls ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

---



---

## 8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

---



---

Pflegekraft:

---



---

Sonstige (Funktion angeben):

---



---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_

## 9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**LEIHVERTRAG ÜBER EIN HILFSMITTEL (Muster)**

(bei Versorgungspauschalen)

zwischen dem Sanitätshaus:

und der/dem AOK-Versicherten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Der Vertragspartner der AOK Baden Württemberg (Sanitätshaus) stellt der/dem Versicherten als Leistung der Krankenversicherung folgende Hilfsmittel für maximal 5 Jahre leihweise zur Verfügung:

 Rollator

 Delta-Gehrad

Hersteller: \_\_\_\_\_

Artikel-Nr.: \_\_\_\_\_

Rahmen- /  
Seriennummer: \_\_\_\_\_

oben genanntes Hilfsmittel ist Eigentum des Sanitätshauses. Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit dem Hilfsmittel alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anlieferung, Montage, Anpassung, Erprobung, Wartung, Reparatur und Abholung sowie eine umfassende Einweisung der/des Versicherten in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels. Die Kosten für die leihweise Überlassung des Hilfsmittels an die/den Versicherten trägt die AOK Baden-Württemberg.

2. Die/Der Unterzeichnende erklärt hiermit, dass das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und gebrauchsfähigen Zustand übernommen wurde. Es verbleibt ihr/ihm zur eigenen sachgerechten Nutzung solange dies medizinisch notwendig ist.

3. Die/Der Unterzeichnende verpflichtet sich,

- das Hilfsmittel ordnungsgemäß und schonend zu behandeln,
- Beschädigungen die durch unsachgemäßen Gebrauch oder Fahrlässigkeit entstehen, auf eigene Kosten beheben zu lassen,
- die AOK Baden-Württemberg von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann,

- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
  - das Hilfsmittel gegen Schäden durch Dritte und gegen Diebstahl hinreichend zu schützen.
  - Sobald das Hilfsmittel nicht mehr verwendet oder gebraucht wird, ist es dem oben genannten Sanitätshaus zurückzugeben.
4. Die/Der Unterzeichnende bestätigt das die/der Versicherte noch nicht mit einem gleichartigen Hilfsmittel versorgt wurde. Sollte sich nach der Versorgung mit dem Hilfsmittel herausstellen, dass dennoch eine Doppelversorgung vorliegt, trägt der Unterzeichnende die durch diese Doppelversorgung entstandenen Kosten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des AOK-Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Formular ist in dreifacher Ausfertigung zu unterschreiben.

- 1 Exemplar verbleibt beim Sanitätshaus,
- 1 Exemplar erhält der AOK-Versicherte,
- 1 Exemplar erhält die AOK.

## Nachweis über die Durchführung einer mindestens 14-tägigen Erprobung eines

Fremdkraftbetriebenen Beintrainer, Pos. Nr. 32.06.01

Fremdkraftbetriebenen Armtrainer, Pos. Nr. 32.10.01

Fremdkraftbetriebenen Kombinationstrainer für Arme und Beine, Pos. Nr. 32.29.01

Das oben gekennzeichnete Hilfsmittel wurde von mir mindestens 14 Tage erprobt. Ich wurde in den Gebrauch durch die Firma

---

Firmenstempel

eingewiesen. Eine Bedienungsanleitung wurde mir ausgehändigt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich nach erfolgreicher Erprobung für die leihweise Überlassung des Hilfsmittels einen gesetzlichen Zuzahlung von 10,- EUR zu entrichten habe. Ich komme mit der Nutzung des Hilfsmittels zurecht.

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geb. Datum des Versicherten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Versicherten: \_\_\_\_\_

KV-Nr. des Versicherten: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_



# **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

## **Rahmenvertrag**

zwischen

dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V., Stuttgart

(nachstehend „Fachverband“ genannt)

einerseits

und

dem Verband der Ortskrankenkassen Rheinland-Pfalz, Südbaden und Südwürttemberg-Hohenzollern (Südwest), Lahr,

dem Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden, Stuttgart,

dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg, Kornwestheim,

dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz, Mainz,

dem Landesverband der Innungskrankenkassen Baden-Württemberg, Ludwigsburg,

dem Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrhein und Rheinland-Pfalz, Bergisch Gladbach,

der Badischen Landwirtschaftlichen Krankenkasse, Karlsruhe,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Württemberg, Stuttgart,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Rheinhessen-Pfalz, Speyer,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen-Nassau, Kassel,

der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft, Düsseldorf,

dem Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Heidelberg,

dem Landesverband Hessen-Mittelrhein der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Mainz-Weisenau,

dem Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Essen

(nachstehend „Landesverbände der Krankenkassen“ genannt)

andererseits

## § 1

### **Geltungsbereich**

Dieser Rahmenvertrag gilt

1. für die Mitgliedschaften der Landesverbände, sofern sie sich durch eine schriftliche Erklärung gegenüber ihrem Landesverband diesem Vertrag anschließen sowie für die vertragsschließenden Landwirtschaftlichen Krankenkassen und

# **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

für die Mitglieder der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften Heidelberg, Mainz und Essen;

2. für die Mitglieder des Fachverbandes für Orthopädie Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V., sofern sie die Verpflichtungserklärung nach Anlage 1 unterzeichnen;
3. für Betriebe des Orthopädiemechaniker- und Bandagisten-Handwerks sowie des medizinischen und med.-techn. Fachhandels, die nicht Mitglied des unter Abs. 2 genannten Berufsverbandes sind, sofern sie die Verpflichtungserklärung nach Anlage 1 dieses Vertrages unterzeichnen.

## § 2

### **Gegenstand**

1. Dieser Rahmenvertrag regelt
  - a) die Versorgung der Anspruchsberechtigten der Krankenkassen mit handwerklichen Leistungen und sonstigen orthetischen und orthopädischen Heil- und Hilfsmitteln (Fertigungsleistungen) des Orthopädiemechaniker- und Bandagisten-Handwerks sowie Waren des medizinischen bzw. med.-techn. Fachhandels (Handelswaren), soweit die Versorgungsleistungen als Heil- bzw. Hilfsmittel i.S. der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung anerkannt sind;
  - b) das Verfahren und die Voraussetzungen zur Erteilung einer Lieferungsberechtigung;
  - c) die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen,
2. Die Bestimmungen dieses Vertrages und seiner Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil der Verträge, die durch die Erteilung einer Lieferungsberechtigung einerseits und das Unterzeichnen der Verpflichtungserklärung andererseits zustandekommen.

## § 3

### **Erteilung der Lieferungsberechtigung**

1. Die Lieferungsberechtigung wird durch die für den Betriebssitz des Lieferanten zuständige Krankenkasse bzw. den zuständigen Verband erteilt.
2. Die Krankenkassen können auf örtlicher Ebene vereinbaren, daß die Erteilung der Lieferungsberechtigung namens und im Auftrag durch eine Krankenkasse oder einen Verband ausgesprochen wird.

**Rahmenvertrag mit dem Fachverband  
Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med.  
Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

3. Anträge zur Erteilung einer Lieferungsberechtigung sind vom Betriebsinhaber zu richten
  - a) für die Ortskrankenkassen, die Innungskrankenkassen und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen an die jeweils örtlich zuständige Krankenkasse;
  - b) für die Ortskrankenkassen im Regierungsbezirk Trier an den Krankenkassenverband für den Regierungsbezirk Trier;
  - c) für die Betriebskrankenkassen an den Landesverband der Betriebskrankenkassen in Mainz bzw. Kornwestheim-Ost.

Aus diesen Anträgen muß ersichtlich sein, auf welche Vertragsleistungen sich die Lieferungsberechtigung erstrecken soll.

4. In der Erteilung der Lieferungsberechtigung muß aufgeführt sein, zur Abgabe welcher der Vertragsleistungen der Lieferungsberechtigte berechtigt ist. Die Lieferungsberechtigung kann mit Auflagen versehen werden.

§ 4

**Verfahren bei der Erteilung der Lieferungsberechtigung**

1. Die nach § 3 jeweils zuständige Stelle übergibt den Antrag auf Lieferungsberechtigung zur Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen an den Fachverband. Die Prüfung erstreckt sich darauf, ob die persönlichen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Lieferungsberechtigung erfüllt sind. Die Anträge gehen nach der Prüfung an die zuständige Stelle zurück. Diese informiert den Fachverband über ihre Entscheidung.
2. Bei der Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen für Betriebe, die nicht Mitglied des Fachverbandes sind, handelt der Fachverband als Beauftragter der Krankenkasse. Die Kosten der Prüfung trägt der Betrieb.
3. Das Verfahren nach Abs. 1 und 2 gilt auch bei Änderungen der persönlichen und/oder sachlichen Zulassungsvoraussetzungen.

§ 5

**Geltungsbereich der Lieferungsberechtigung**

1. Die Lieferungsberechtigung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person des Betriebsleiters und für den Betriebssitz, für die sie erteilt wurde.
2. Für jeden Filialbetrieb und jeden weiteren Geschäftsort, an dem öffentlich Leistungen angeboten werden, ist eine gesonderte Lieferungsberechtigung zu beantragen.

# **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

## § 6

### **Voraussetzungen für die Erteilung der Lieferungsberechtigung**

1. Zur Erteilung der Lieferungsberechtigung für handwerkliche Leistungen, Fertigungsleistungen und Lieferung von Handelswaren sind folgende Voraussetzungen nachzuweisen:
  - a) Unterzeichnung der Verpflichtungserklärung nach Anlage 1 durch den Antragsteller und den Betriebsleiter.
  - b) Persönliche und fachliche Eignung des Betriebsleiters.
  - c) Fachlich ausgebildetes Bedienungspersonal, soweit vorhanden.
  - d) Voll ausgerüstete und zu den üblichen Geschäftszeiten geöffnete Werkstätte für sämtliche handwerkliche Leistungen nach Anlage 2.
2. Zur Erteilung der Lieferungsberechtigung für Handelswaren sind folgende Voraussetzungen nachzuweisen:
  - a) Unterzeichnung der Verpflichtungserklärung nach Anlage 1 durch den Antragsteller und den Betriebsleiter.
  - b) Persönliche und fachliche Eignung des Betriebsleiters.
  - c) Fachlich ausgebildetes Bedienungspersonal, soweit vorhanden.
  - d) Geeignete und zu den üblichen Geschäftszeiten geöffnete Verkaufsräume nach Anlage 3.
3. Persönlich geeignet ist, wer
  - a) seine Unbescholtenheit mittels eines polizeilichen Führungszeugnisses, das nicht älter als sechs Monate sein darf, nachweist und
  - b) seine Tätigkeit hauptberuflich (ständig und ganztätig) auf die fachliche Leitung des Betriebes oder der Filiale bzw. des Geschäftsortes beschränkt.
4. Fachlich geeignet für handwerkliche und Fertigungsleistungen ist, wer
  - a) die Meisterprüfung im Orthopädiemechaniker- oder Bandagisten-Handwerk abgelegt hat und
  - b) eine mindestens einjährige verantwortliche Tätigkeit als Meister in einem Betrieb des Orthopädiemechaniker- oder Bandagisten-Handwerks oder eine einjährige selbständige Tätigkeit als Orthopädiemechaniker- oder Bandagistenmeister nachweist und

## **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

- c) in die Handwerksrolle eingetragen ist.
- 5. Fachlich geeignet für die Lieferung von Handelswaren ist, wer
  - a) die Voraussetzungen nach Abs. 4 a) erfüllt oder
  - b) eine mindestens einjährige verantwortliche Tätigkeit in einem Einzelhandelsgeschäft mit ärztlichen Hilfsmitteln sowie den Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse im Sinne der Leistungsbeschreibung erbringt.
- 6. Der Betriebsleiter hat sich im Interesse seiner fachlichen Qualifikation beruflich fortzubilden. Der Nachweis über die berufliche Fortbildung ist auf Anforderung des Fachverbandes, eines Landesverbandes oder einer einzelnen Krankenkasse zu erbringen.

### § 7

#### **Vertretung**

1. Eine Vertretung des Betriebsleiters ist für die Dauer bis zu vier Monaten grundsätzlich möglich. Vertretungen für mehr als vier Monate bedürfen unter Angabe der Gründe der Genehmigung durch die zulassende Krankenkasse. In diesem Fall ist die fachliche Eignung des Vertreters nach § 6 Ziffer 4 a bzw. dessen Fachkenntnisse nach Ziffer 5 b dieses Vertrages nachzuweisen.
2. Der Betriebsinhaber ist verpflichtet, die Personalien, die erforderliche Qualifikation und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der zulassenden Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen.
3. Der Lieferungsberechtigte haftet für die Tätigkeit des Vertreters in gleichem Umfang wie für die eigene Tätigkeit.

### § 8

#### **Wegfall der Lieferungsberechtigung**

1. Die Lieferungsberechtigung erlischt
  - a) wenn eine der in § 6 dieses Vertrages geforderten Voraussetzungen nicht mehr vorliegt,
  - b) bei Wechsel des Betriebsleiters oder bei Betriebsverlegungen, sofern diese Änderungen nicht vorher der Krankenkasse mitgeteilt und die Voraussetzungen für die Lieferungsberechtigung erneut nachgewiesen wurden,
  - c) bei Aufgabe des Betriebes,
  - d) im Falle des Entzugs nach § 19.

## **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

2. Beim Tod des betriebsleitenden Betriebsinhabers bleibt die Lieferungsberechtigung für die Dauer eines Jahres wirksam, wenn der betreffende Betrieb vom Ehegatten oder einem nach der Handwerksordnung Berechtigten weitergeführt wird und die fachgerechte Versorgung der Anspruchsberechtigten gewährleistet ist. Die Weiterführung des Betriebes ist der Krankenkasse und dem Fachverband schriftlich innerhalb von zwei Monaten nach dem Ableben zugleich mit der Erklärung anzuzeigen, daß der Weiterführende in die vertraglichen Verpflichtungen eintritt. Unterbleibt diese Erklärung, so erlischt die Lieferungsberechtigung automatisch nach Ablauf des dritten Monats nach dem Ableben des Betriebsleiters. Nach Ablauf eines Jahres bleibt die Lieferungsberechtigung nur bestehen, wenn ein fachlicher Betriebsleiter nachgewiesen wird, der die Voraussetzungen nach § 6 nachweist.
3. Der Fachverband verpflichtet sich, die nach § 3 zuständige Krankenkasse unverzüglich zu benachrichtigen, falls ihm Tatsachen bekannt werden, die den Bestand der Lieferungsberechtigung in Frage stellen.

### § 9

#### **Art, Umfang und Abgabe von Leistungen**

1. Leistungen im Rahmen dieses Vertrages dürfen nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung abgegeben werden. Die ärztliche Verordnung ist nicht übertragbar.
2. Ergeben sich aus einer ärztlichen Verordnung Zweifel, so dürfen Ergänzungen oder Berichtigungen nur vom ausstellenden Arzt, vom Lieferungsberechtigten nur ausnahmsweise und nur nach Rücksprache mit dem Arzt, vorgenommen werden. In diesen Fällen nimmt der Lieferungsberechtigte eine Ergänzung oder Berichtigung vor und begründet diese auf der Verordnung oder einem Beiblatt unter Angabe des Zeitpunktes des Gesprächs mit dem Arzt.
3. Die kassenärztlich verordneten Leistungen bedürfen einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt nicht, sofern die Krankenkasse auf die Genehmigung verzichtet hat oder die unverzügliche Leistungserbringung während einer stationären Behandlung aus medizinisch-therapeutischen Gründen erforderlich ist. Zur Genehmigung von Leistungen, für die Preise nicht vereinbart sind, bedarf es eines nach Materialaufwand und Arbeitskosten spezifizierten Kostenvoranschlages.

Die Krankenkasse kann mehrere Kostenvoranschläge einholen.

4. Sind Krankenpflegeartikel in vergleichbaren Ausführungen handelsüblich, so ist, sofern die kassenärztliche Verordnung nichts anderes bestimmt, die preisgünstigste Ausführung abzugeben.
5. Wird die Verordnung vom Lieferanten später als vier Wochen nach ihrer Ausstellung bzw. Genehmigung angenommen, so ist die Krankenkasse nicht mehr zur Kostenübernahme verpflichtet.

## **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

6. Die Ausführung der angenommenen ärztlichen Verordnungen muß grundsätzlich
  - a) bei Kleinreparaturen innerhalb von sechs Wochen,
  - b) bei Großreparaturen innerhalb von zwölf Wochen,
  - c) bei Neuanfertigungen innerhalb von zwölf Wochennach Auftragserteilung erfolgen.
7. Auf dem Verordnungsblatt ist der Empfang des gelieferten Artikels durch Unterschrift des Empfangsberechtigten zu bestätigen. Bestätigungen im voraus sind nicht zulässig.
8. Die Leistungen nach diesem Vertrag sind nach gesondert zu vereinbarenden Leistungsbeschreibungen zu erbringen, die Bestandteil dieses Vertrages sind. Der Lieferungsberechtigte ist verpflichtet, für die vertraglichen Leistungen nur Erzeugnisse einwandfreier Qualität in zeitgemäßer Ausführung zu verwenden.
9. Anfragen der leistungspflichtigen Krankenkasse zur verordneten Leistung sind kostenlos und unverzüglich zu beantworten. Kostenvoranschläge sind kostenlos zu erstellen. Ein eingeholter Kostenvoranschlag sowie dessen Daten dürfen von der Krankenkasse nicht anderen Lieferanten bekanntgemacht werden. Dies schließt nicht aus, daß die leistungspflichtige Krankenkasse alternative Kostenvoranschläge einholt.
10. Leistungen im Rahmen dieses Vertrages dürfen nur von Lieferungsberechtigten erbracht werden, deren Lieferungsberechtigung sich auf die gesamte ärztliche Verordnung erstreckt.
11. Der Lieferungsberechtigte gewährleistet, daß die Anspruchsberechtigten aller Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
12. Leistungen, die nach Umfang, Qualität und Art über die Leistungsbeschreibung hinausgehen, dürfen den Anspruchsberechtigten nicht empfohlen werden. Auf ausdrücklichen Wunsch eines Anspruchsberechtigten kann jedoch eine über die Leistungsbeschreibung hinausgehende Leistung abgegeben werden, wenn dadurch der therapeutische und funktionelle Zweck der verordneten Leistung nicht beeinträchtigt wird. In diesem Fall hat der Lieferungsberechtigte dem Anspruchsberechtigten Auskunft zu erteilen über Umfang, Qualität und Art der vertraglichen Leistung i.S. der Leistungsbeschreibung. Der Anspruchsberechtigte ist dabei darauf hinzuweisen, daß die Krankenkasse alle Kosten für Leistungen i.S. der Leistungsbeschreibung übernimmt. Die Abbedingungserklärung nach Anlage 4 ist der Abrechnung mit der Krankenkasse beizufügen.

**Rahmenvertrag mit dem Fachverband  
Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med.  
Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

§ 10

**Wahl des Lieferungsberechtigten**

Den Versicherten steht die freie Wahl unter den Lieferungsberechtigten zu. Die Krankenkassen beeinflussen diese freie Wahl nicht, soweit verordnete Leistungen zu gleichen Bedingungen angeboten bzw. abgegeben werden. Die Anschriften aller Lieferungsberechtigten können von den Krankenkassen den Anspruchsberechtigten bekanntgegeben werden.

§ 11

**Haftung**

1. Bei allen Heil- und Hilfsmitteln haftet der Lieferant für die Dauer von sechs Monaten vom Tage der Lieferung an für einwandfreie Herstellung. Bei Mängeln, die sich innerhalb dieser Frist herausstellen, sind alle zu ihrer Beseitigung erforderlichen Instandsetzungen, Umänderungen und selbst Neuanfertigungen kostenlos durchzuführen. Von diesem Recht können sowohl die Krankenkassen als auch unmittelbar die Anspruchsberechtigten Gebrauch machen. Im übrigen gelten die Vorschriften der §§ 633 ff. BGB.
2. Entzieht sich der Lieferungsberechtigte der Prüfung des Vorhandenseins des Mangels oder der Beseitigung des Mangels, so ist die Verjährung so lange gehemmt, bis der Lieferungsberechtigte das Ergebnis der Prüfung der betreffenden Krankenkasse mitgeteilt hat oder ihr gegenüber den Mangel für beseitigt erklärt oder die Fortsetzung der Beseitigung verweigert.
3. Diese Haftung besteht nicht, wenn nachweislich unsachgemäße Behandlung durch den Versicherten, höhere Gewalt, körperliche Veränderungen, übermäßig starke Schweißbildung oder beruflich bedingter vorzeitiger Verschleiß diese Mängel bedingen.

§ 12

**Werbung**

1. Dem Lieferungsberechtigten ist es nicht gestattet, für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach diesem Vertrag zu werben.
2. Dem Lieferungsberechtigten ist es untersagt, Kassenärzte oder Versicherte der Krankenkassen durch Anschreiben oder Besuche zur Stellung von Anträgen zu veranlassen oder sonst in irgendeiner Weise zu beeinflussen.



**Rahmenvertrag mit dem Fachverband  
Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med.  
Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

§ 13

**Vergütung von Leistungen**

1. Die ausgeführten Leistungen werden nach den jeweils gültigen Preisvereinbarungen oder nach genehmigtem Kostenvoranschlag vergütet. Im Falle des § 9 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz ist das ortsübliche Entgelt zu vergüten. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistungserbringung.
2. Zuzahlungen über den gesetzlichen Eigenanteil hinaus dürfen von Versicherern für die Leistungen i.S. von § 9 nicht gefordert werden. Ausgenommen hiervon sind Leistungen nach § 9 Ziffer 12.
3. Der Lieferungsberechtigte verpflichtet sich, den Krankenkassen keine höheren Preise in Rechnung zu stellen als von ihm im Privatverkauf verlangt wird.
4. Die Preisvereinbarungen sind Bestandteil dieses Vertrages. Für sie gilt eine jeweils festzulegende Kündigungsfrist. Bei einer Kündigung gelten die vereinbarten Preise vorläufig einen Monat weiter.

§ 14

**Abrechnung**

1. Die Abrechnungen der Lieferungsberechtigten sind monatlich bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Der Abrechnung sind die ärztlichen Verordnungen beizufügen. Der Vergütungsanspruch des Lieferungsberechtigten für Leistungen im Rahmen dieses Vertrages richtet sich unmittelbar gegen die in der ärztlichen Verordnung bezeichnete Krankenkasse. Der Vergütungsanspruch wird vom Bestand der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkasse nicht berührt.
2. Die Rechnungen sind getrennt nach
  - a) Mitgliedern,
  - b) Familienangehörigen,
  - c) Rentnern und ihren Familienangehörigen,
  - d) zugewiesenen Personengruppen (Abs. 4)bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.
3. Die Rechnungen müssen mindestens die in dem Abrechnungsmuster (Anlage 5) geforderten Daten enthalten.

## **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

4. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, Heimkehrergesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Grenzgänger, Mitglieder der Seekasse und Sozialhilfeempfänger ist eine Einzelrechnung in doppelter Ausfertigung einzureichen.
5. Leistungen, für die auf dem Verordnungsblatt das Abgabedatum oder die Unterschrift des Empfangsberechtigten fehlen, müssen von der Krankenkasse nicht bezahlt werden. Dies gilt nicht bei handwerklichen Leistungen oder Fertigungsleistungen, die trotz ausdrücklicher Aufforderung mittels eines eingeschriebenen Briefes vom Empfangsberechtigten innerhalb einer angemessenen Frist nicht abgeholt werden, soweit der Leistungsgegenstand nicht ganz oder teilweise wiederverwertbar ist. Zweitschrift von dem eingeschriebenen Brief erhält die Krankenkasse.
6. Die Rechnungen werden innerhalb von vier Wochen nach Eingang zur Zahlung angewiesen.

### § 15

#### **Vertragspflichten**

1. Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung des Vertrages zu sorgen.
2. Die Krankenkassen sind berechtigt, die Abrechnungen bezüglich der Rechtmäßigkeit der Berechnung und die Lieferungen hinsichtlich der fachlich und medizinisch-therapeutisch einwandfreien Ausführung zu prüfen.  
Der Fachverband verpflichtet sich, für diese Prüfung geeignete Sachverständige zur Verfügung zu stellen, die auf Antrag einer Krankenkasse tätig werden. Die Kosten werden vom Antragsteller nach Anlage 6 erstattet.
3. Die Krankenkasse und die von ihr beauftragten Sachverständigen des Fachverbandes haben das Recht, die Betriebsräume der Lieferungsberechtigten sowie den gesamten Ablauf von Versorgungsvorgängen zu prüfen.
4. Die Landesverbände sichern zu, sich darum zu bemühen, daß für Leistungen nach diesem Rahmenvertrag, die nicht unter diesen Rahmenvertrag fallende Leistungserbringer abgeben, im wesentlichen die gleichen Abgabebestimmungen vertraglich vereinbart werden.

### § 16

#### **Aushändigung statistischer Daten**

1. Der Fachverband verpflichtet sich, bis zum 15. 03. eines jeden Kalenderjahres den Landesverbänden der Krankenkassen statistische Daten aus der elektronischen Abrechnung des Vorjahres zur Verfügung zu stellen. Diese müssen Aufschluß geben über:

## **Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

- a) Anzahl der Betriebe zum Ende des Vorjahres,
  - b) Anzahl der abgegebenen Posten,
  - c) Umsatz je Posten,
  - d) Gesamtumsatz.
2. Die Daten nach Abs. 1 b–d sind
- a) gegliedert für jede Krankenkassenart (OKK, IKK, BKK und LKK),
  - b) für die RVO-Kostenträger insgesamt
- zu erstellen, und zwar getrennt für Rheinland-Pfalz, die Reg. Bez. Karlsruhe/  
Stuttgart und die Reg.-Bez. Freiburg/Tübingen.
3. Die Landesverbände der Krankenkassen verpflichten sich, die Ausgaben für Leistungen der Orthopädie-Techniker (Kto. 441) je Verbandsbereich insgesamt sowie je Mitglied kalenderjährlich dem Fachverband zu den Preisverhandlungen zur Verfügung zu stellen.
4. Der Fachverband stellt den Landesverbänden der Krankenkassen jährlich ein Mitgliederverzeichnis mit Stand 1.1. eines Jahres zur Verfügung.

### § 17

#### **Vertragsausschuß**

1. Der Vertragsausschuß besteht aus fünf Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen sowie einer entsprechenden Anzahl von Vertretern des Fachverbandes.
2. Der Vertragsausschuß klärt Zweifelsfragen aus diesem Vertrag. Die Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten zwischen einer leistungspflichtigen Krankenkasse und einem Lieferungsberechtigten obliegen, soweit sie nicht auf örtlicher Ebene bereinigt werden können, dem Vertragsausschuß.
3. Die Vertragspartner können dem Vertragsausschuß auch andere Aufgaben zuweisen.

### § 18

#### **Vertragsverstöße**

1. Erfüllt ein Lieferungsberechtigter die sich aus diesem Vertrag ergebenden Vertragsverpflichtungen nicht, so kann ihn die betreffende Krankenkasse warnen. Im Benehmen mit dem Vertragsausschuß kann die Krankenkasse

**Rahmenvertrag mit dem Fachverband  
Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med.  
Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

- a) eine Vertragsstrafe bis zu 5 000,- DM je Einzelfall erheben und
- b) bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen diesen Vertrag die Lieferungsberechtigung befristet, teilweise bzw. ganz entziehen.

Darüber hinaus ist der entstandene Schaden ggf. einschließlich der entstandenen Prüfungskosten nach § 15 Abs. 2 zu ersetzen.

2. Als schwere Verstöße gelten u.a.

- a) Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
- b) Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von Anspruchsberechtigten oder von Aufträgen,
- c) Aufnahme von Leistungen Nicht-Lieferungsberechtigter oder nicht zugelassener Zweigbetriebe in die eigene Abrechnung,
- d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, die die medizinische und therapeutische Zielsetzung der Verordnung gefährden,
- e) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung.

§ 19

**Übergangsvorschriften**

- 1. Alle Lieferungsberechtigten, die beim Inkrafttreten dieses Vertrages in handwerks- bzw. gewerberechtlich zulässiger Weise Leistungen an Anspruchsberechtigte der gesetzlichen Krankenkassen abgeben, bleiben lieferungsberechtigt, soweit der Inhaber die Verpflichtungserklärung nach Anlage 1 unterzeichnet. In diesen Fällen ist die Verpflichtungserklärung mit Angaben über Art und Umfang der bisherigen Zulassung sowohl dem Fachverband als auch der zuständigen Stelle nach § 3 Ziffer 3 zu übersenden.
- 2. Sofern in den persönlichen und/oder sächlichen Verhältnissen der nach Abs. 1 weiterhin Lieferungsberechtigten Änderungen eintreten, bestimmt sich die weitere Lieferungsberechtigung nach den Bedingungen dieses Vertrages.

§ 20

**Inkrafttreten und Kündigung**

- 1. Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 01. 07. 1985 in Kraft.

**Rahmenvertrag mit dem Fachverband  
Orthopädie-Technik, Sanitäts- und med.  
Fachhandel Südwest e.V. Stuttgart**

2. Der Vertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten durch eingeschriebenen Brief, frühestens zum 31. 12. 1986, gekündigt werden.
3. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht.
4. Anpassungen dieses Vertrages können ohne Kündigung vorgenommen werden.
5. Eine teilweise Kündigung dieses Vertrages ist zulässig. Der Kündigungsempfänger kann jedoch im Falle einer teilweisen Kündigung mit einer Frist von 14 Tagen nach Eingang der teilweisen Kündigung den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.
6. Die bislang dem Inhalt dieses Vertrages entsprechenden, für den Bereich der Orthopädie-Techniker maßgebenden Vereinbarungen treten mit Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages außer Kraft.

Bergisch Gladbach, Düsseldorf, Essen, Heidelberg, Karlsruhe, Kassel, Kornwestheim, Lahr, Ludwigsburg, Mainz, Speyer, Stuttgart, den 07. Mai 1985.

gez. Unterschriften

## **Anlage 1 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

### **Anlage 1 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

Zwischen  
dem Fachverband Orthopädie-Technik Südwest  
und  
den Landesverbänden der Krankenkassen.

### **Verpflichtungserklärung**

Ich erkenne hiermit den zwischen den o.g. Vertragspartnern abgeschlossenen Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985 sowie alle zu seiner Durchführung getroffenen sonstigen Vereinbarungen als von mir in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte mich, die darin zwischen den Vertragspartnern eingegangenen Verpflichtungen ordnungsgemäß zu erfüllen.

Art und Umfang der  
bisherigen Zulassung\*

---

---

---

#### **Inhaber**

#### **Betriebsleiter**

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift)

\* Gilt nur für Übergangsfälle nach § 19 des Vertrages

## **Anlage 2 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

### **Anforderungen an die Räumlichkeiten und die Werkstattausrüstung zur Erteilung der Lieferungsberechtigung für handwerkliche Leistungen (§ 6 Abs. 1)**

#### 1. Allgemeine Anforderungen

- 1.1 Sämtliche im Rahmen der Lieferung gewerblich genutzten Räume haben die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen.
- 1.2 Für die Anspruchsberechtigten müssen ein Warteraum mit Sitzgelegenheiten, eine Toilette und eine wenigstens optisch abgeschlossene Waschgelegenheit zur Verfügung stehen. Der Warteraum kann innerhalb eines Verkaufsraums mit ausreichender Grundfläche eingerichtet sein.
- 1.3 Für Maßnahme, Anprobe und Einweisung in die Benutzung von Hilfsmitteln müssen Kabinen in einer der Leistungsfrequenz angemessenen Anzahl zur Verfügung stehen. Wenigstens eine der Kabinen muß mit einer Liege eingerichtet sein.

#### 2. Anforderungen für Kleinorthopädie

- 2.1 Für die Herstellung handwerklicher Leistungen und Fertigstellung handwerklicher Fertigungsleistungen muß eine vom Verkaufsraum räumlich getrennte Werkstätte mit einer Grundfläche von wenigstens 20 qm vorhanden sein.
- 2.2 Die technische Ausrüstung der Werkstätte muß wenigstens enthalten:
  - 2.2.1 Einlagenbearbeitungsmaschine
  - 2.2.2 Bohrmaschine
  - 2.2.3 Hebelschere
  - 2.2.4 Werkbank mit entsprechender Werkzeugausstattung
  - 2.2.5 Wärmeofen
  - 2.2.6 Brenner
  - 2.2.7 Sattlernähmaschine
  - 2.2.8 Presse
  - 2.2.9 Tischamboß
  - 2.2.10 Treibblei und entsprechende Treibhämmer
  - 2.2.11 Zuschneide- und Arbeitstisch für Bandagen
  - 2.2.12 Tischnähmaschine
  - 2.2.13 Ösenmaschine

#### 3. Anforderungen für Großorthopädie

- 3.1 Für die Herstellung handwerklicher Leistungen und Fertigstellung handwerklicher Fertigungsleistungen muß eine vom Verkaufsraum räumlich getrennte Werkstätte mit einer Grundfläche von wenigstens 40 qm vorhanden sein.

## **Anlage 2 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

3.2 Die technische Ausrüstung der Werkstätte muß wenigstens enthalten:

- 3.2.1 Technische Ausrüstung gem. 2.2
- 3.2.2 Trichterfräsmaschine
- 3.2.3 Drehbank
- 3.2.4 Schleif- und Poliermaschine
- 3.2.5 Schweißgerät
- 3.2.6 Bandsäge
- 3.2.7 Sinteranlage

3.3 Laufgang für Beinprothesenträger



### **Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

#### **Anforderungen an die Räumlichkeiten und die Werkstattausrüstung zur Erteilung der Lieferungsberechtigung für Handelswaren (§ 6 Abs. 2)**

1. Sämtliche im Rahmen der Lieferung gewerblich genutzten Räume haben die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen.
2. Für die Anspruchsberechtigten müssen ein Verkaufsraum und ein Warteraum mit Sitzgelegenheit, eine Toilette und eine wenigstens optisch abgeschlossene Waschgelegenheit zur Verfügung stehen. Der Warteraum kann innerhalb eines Verkaufsraums mit ausreichender Grundfläche eingerichtet sein.
3. Die in der Preisliste für Sanitätshandelsartikel verzeichneten Leistungen müssen durch Lagerhaltung in allen Größen zur Verfügung stehen.
4. Für Maßnahme, Anprobe und Einweisung in die Benutzung von Hilfsmitteln müssen Kabinen in einer der Leistungsfrequenz angemessenen Anzahl zur Verfügung stehen. Wenigstens eine der Kabinen muß mit einer Liege eingerichtet sein.
5. Für notwendige Abänderungen von Handelswaren muß eine praxisgerechte Werkstatteinrichtung vorhanden sein.

## **Anlage 4 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

### **Anlage 4 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

---

Anschrift  
des Lieferungsberechtigten

#### **Erklärung des Versicherten**

Ich bin von dem obengenannten Lieferungsberechtigten darüber aufgeklärt worden, daß aufgrund der derzeit bestehenden Verträge die Krankenkasse alle Kosten für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung im Sinne der Leistungsbeschreibung übernimmt.

Ich wünsche – losgelöst von den vertraglichen Regelungen – eine darüber hinausgehende zusätzliche Versorgung auf meine Kosten.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Versicherten)

- 
- Anmerkungen:
1. Diese Erklärung ist zusammen mit dem Kostenvorschlag bei dem zuständigen Kostenträger einzureichen.
  2. Sofern die Erstellung eines Kostenvorschlages nicht erforderlich ist, kann die Erklärung auch gemeinsam mit der Abrechnung dem Kostenträger zugeleitet werden.

**Anlage 5 zum Rahmenvertrag  
vom 07. Mai 1985**

**Anlage 5 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

**Abrechnungsmuster (§ 14 Abs. 3)**

Name des Leistungsberechtigten: \_\_\_\_\_ Bankverbindung: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kostenträgers \_\_\_\_\_

Rechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_  
und ggf. Name des Leistungs-  
empfängers: \_\_\_\_\_

Pos: Nr./Bezeichnung	Menge	Einzel- betrag DM	Verordnungs- blattgebühr DM	Gesamt- betrag DM
----------------------	-------	-------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Summe \_\_\_\_\_

**Anlage**

\_\_\_\_\_ ärztl. Verordnung(en)

## **Anlage 6 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

### **Anlage 6 zum Rahmenvertrag vom 07. Mai 1985**

#### **Abrechnung von Prüfungskosten (§ 15 Abs. 2)**

Für die Prüfungen gem. § 15 Abs. 2 können die Sachverständigen dem jeweiligen Antragsteller folgende Kosten in Rechnung stellen:

– **Zeitaufwand**

40,- DM/je angefangene halbe Stunde

– **Fahrtkosten**

Sofern im Zusammenhang mit der Prüfung Fahrtkosten entstehen, können diese mit einem Satz von 0,42 DM je tatsächlich gefahrenen Kilometer abgerechnet werden.

Der Stundenvergütungssatz wird einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Steigerungsraten der Preisvereinbarungen angepaßt.

Darüber hinausgehende Prüfungskosten können vom Antragsteller nicht gefordert werden.

## **GKV-OrgWG Überleitungsvereinbarung/Protokollnotiz**

(1) Das GKV-OrgWG hat zum 01.01.2009 die Versorgungsstrukturen im Hilfsmittelbereich neu geregelt. Die Zulassung nach § 126 SGB V alte Fassung begründet ab dem 01.01.2010 keine Versorgungsberechtigung mehr. Stattdessen gilt eine Versorgungsberechtigung aufgrund von Verträgen. Die vorliegende Vereinbarung hat den Zweck, folgende Verträge an die neue Gesetzessystematik anzupassen:

1. Rahmenvertrag mit dem Fachverband Orthopädietechnik, Sanitäts- und med. Fachhandel Südwest e. V. (FOS) Stuttgart, vom 07.05.1985, gültig ab 01.07.1985
2. Preisvereinbarung über Nichtwiedereinsetzbare Hilfsmittel mit dem FOS vom 22.12.2003, gültig ab 01.01.2004
3. Preisvereinbarung über den Wiedereinsatz von Reha-Hilfsmitteln mit dem FOS vom 30.04.2004, gültig ab 01.05.2004
4. Reparaturprotokoll zur Preisvereinbarung über den Wiedereinsatz und die Reparatur von Reha-Hilfsmitteln mit dem FOS vom 30.04.2004, gültig ab 01.07.2004
5. Preisvereinbarung über den Neukauf und Versorgungspauschalen von Reha-Hilfsmitteln mit dem FOS vom 12.01.2006, gültig ab 01.02.2006
6. Vereinbarung über die Neulieferung und den Wiedereinsatz von Kranken- und Pflegebetten mit dem FOS vom 22.11.2004, gültig ab 01.12.2004
7. Vereinbarung über die technische Nachrüstung von Kranken- und Pflegebetten mit dem FOS vom 10.12.2001, gültig ab 10.12.2001
8. Vereinbarung über die Abrechnung von Hilfsmittelreparaturen von Dritten (Fremdrechnungen) mit dem FOS vom 01.12.2004, gültig ab 01.01.2005
9. Vertrag über Schlafapnoegeräte mit dem FOS vom 01.09.2006
10. Vertrag über Hilfsmittel zur enteralen Ernährung mit dem FOS vom 01.04.2005

(2) Die Mitglieder des FOS sind auch über den 01.01.2010 hinaus berechtigt, AOK-Versicherte nach vorgenannten Vereinbarungen zu versorgen und die erbrachten Leistungen nach diesen Vereinbarungen abzurechnen, es sei denn, eine der nachfolgenden Vereinbarungen wäre einschlägig. Dies gilt sowohl für Vereinbarungen, die über die Mitgliedschaft im FOS als auch für Verträge, die über eine Verpflichtungserklärung zustande gekommen sind.

(3) Erhält ein Leistungserbringer, der bereits Vertragspartner der AOK Baden-Württemberg ist, bei einer Ausschreibung den Zuschlag, so ersetzt der neue Vertrag automatisch den Altvertrag.

(4) Kommt es zu einem Vertragsschluss nach § 127 Abs. 2 SGB V n.F. (Vertragsaufruf) zwischen dem FOS und der AOK Baden-Württemberg, so ersetzt der neue Vertrag automatisch den Altvertrag.

(5) Erhält ein Leistungserbringer nach Durchführung einer Ausschreibung für eine Produktgruppe bzw. für ein einzelnes Produkt den Zuschlag, endet die Versorgungsberechtigung der übrigen Leistungserbringer für diese Produktgruppe bzw. für das einzelne Produkt mit dem Beginn des Vertrages, der mit dem Leistungserbringer aufgrund des Zuschlags geschlossen wurde, ohne dass es einer Kündigung der bestehenden Verträge durch die AOK Baden-Württemberg bedarf.

Leistungen dürfen nach vorgenanntem Vertragsbeginn nicht mehr zu Lasten der AOK von ehemaligen Vertragspartnern an AOK-Versicherte abgegeben werden und müssen von der AOK Baden-Württemberg nicht mehr vergütet werden. Hiervon ausgenommen sind Leistungen die ausdrücklich von der AOK Baden-Württemberg genehmigt wurden. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

(6) Kommt es nach einem Vertragsaufruf zu keinem Vertragsschluss nach § 127 Abs. 2 SGB V neue Fassung zwischen dem FOS und der AOK Baden-Württemberg, so erlischt der Vertrag und die Versorgungsberechtigung für die jeweilige Produktgruppe bzw. für das einzelne Produkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf, wenn ein Vertrag mit einem anderen Vertragspartner zustande gekommen ist.

(7) Die AOK Baden-Württemberg informiert den FOS rechtzeitig über die Bekanntgabe der Vertragsabschlussabsicht, den Vertragsbeginn und eventuelle Verzögerungen aufgrund von Rechtsmittelverfahren.

(8) Die AOK Baden-Württemberg verpflichtet sich, die Leistungserbringer über Ausschreibungen (§ 127 Abs. 1 SGB V n.F.) und Verträge (§127 Abs. 2 SGB V n.F.) auf der Internetseite „aok-gesundheitspartner.de“ unter „Hilfsmittelanbieter“ zu informieren.

(9) O. g. Verträge und Vereinbarungen sind in der dort vereinbarten Kündigungsfrist kündbar. Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2009 in Kraft.

Stuttgart, den 01.03.2009