

Vertrag

**über die Versorgung der Versicherten der
AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln
der Produktgruppe 23 Orthesen
nach § 127 Abs. 2 SGB V**

LEGS: xx 04 A23

zwischen der

**AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen**

(im Folgenden: AOK)

und der

(im Folgenden: Leistungserbringer oder Verband)

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der AOK mit den in der Anlage 2 genannten Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 Orthesen.
- (2) Die Vertragsparteien sind sich einig darin, dass für die Versorgungen nach diesem Vertrag die Bestimmungen des Rahmenvertrages über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V uneingeschränkt gelten, sofern dieser Vertrag und seine Anlagen keine anderslautenden Bestimmungen enthalten.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die AOK, den Verband und/oder den Leistungserbringer, sofern er die Voraussetzungen nach § 3 erfüllt.
- (2) Der Vertrag umfasst die Versorgung der Versicherten der AOK und deren betreuten Anspruchsberechtigten.

§ 3 Voraussetzungen

- (1) Voraussetzung für die Versorgungen im Rahmen dieses Vertrages ist das Vorliegen einer Bestätigung einer geeigneten Stelle für den jeweiligen Versorgungsbereich im Rahmen des § 126 Abs. 1a SGB V.
- (2) Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Vertrag ist die Teilnahme an dem jeweils gültigen Rahmenvertrag der AOK über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V.
- (3) Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung beziehungsweise eines Widerrufs der Leistungsbeziehung bedarf, sobald eine der Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr in dem erforderlichen Umfang erfüllt ist.
- (4) Der Beitritt zu diesem Vertrag erfolgt über die Anlage 1. Für Verbände und deren Mitglieder gelten die Bestimmungen des § 8 Abs. 2 des Rahmenvertrages der AOK über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V.

§ 4 Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung, Vergütung der Leistung

1. Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen sowie über den Rahmenvertrag der AOK über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB geregelt.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten und/oder dessen Beauftragten und/oder gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Hilfsmittel unter Angabe des Datums grundsätzlich auf der Rückseite der Verordnung bestätigen zu las-

sen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig. Die Ausführung von Reparaturen, Änderungen und Instandsetzungen ist ebenfalls durch den Anspruchsberechtigten bzw. dessen gesetzlichen Betreuer mit Unterschrift und Datum nachzuweisen. Bei wieder einsetzbaren Hilfsmitteln ist dafür die Anlage 5 zu nutzen; bei Maßanfertigungen Anlage 4, die der Rechnungslegung beizufügen sind.

3. Die Versorgung des Anspruchsberechtigten erfolgt entsprechend der medizinisch therapeutischen Anforderungen aufzahlungsfrei. Der Leistungserbringer darf vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme von Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V sowie der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V keine Zahlungen fordern.
4. Verlangt der Anspruchsberechtigte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, hat der Leistungserbringer ihn über die dadurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld der Versorgung zu informieren und diese mit ihm abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen. Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift auf der Anlage 6. Diese ist auf Nachfrage der AOK zur Verfügung zu stellen. Im Übrigen gilt die gesetzliche Regelung zu Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V.
5. Für individuell zu fertigende Hilfsmittel ist, soweit kein Vertragspreis vereinbart wurde, eine detaillierte und nachvollziehbare Beschreibung der Materialien/Bauteile sowie der Fertigungsschritte notwendig. Eine kalkulatorische Kostendarstellung ist vorzunehmen.
6. Vor der Versorgung ist eine individuelle Messung der Körpermaße des Anspruchsberechtigten durch den Leistungserbringer erforderlich. Dies gilt sowohl für die Abgabe von konfektionierten Orthesen (Halb-/Fertigprodukte) als auch bei der Versorgung mit individuell angefertigten Orthesen (Maßanfertigungen, z. B. nach Gipsabdruck) sowie bei erforderlichen Folgeversorgungen. Als Maßanfertigungen gelten nur in eigener Werkstatt hergestellte Artikel, wobei der Eigenfertigungsanteil nicht von untergeordneter Bedeutung sein darf. Die Messung ist auf dem Maßblatt zu dokumentieren.
7. Der Leistungserbringer hat vor der Abgabe der Orthese an den Anspruchsberechtigten die erforderlichen Anprobe/-n durchzuführen.
8. Der Leistungserbringer hat individuell zu fertigende Hilfsmittel nur dann abzugeben, wenn der Arzt sie ausdrücklich verordnet hat und eine Versorgung mit konfektionierten Halb-/Fertigprodukten aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen nicht möglich ist. Die Versorgung mit konfektionierten Orthesen ist selbst dann vorrangig zu prüfen, wenn auf der ärztlichen Verordnung „nach Maß“ aufgeführt ist.
9. Die AOK ist berechtigt weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer einzuholen, sofern für das Hilfsmittel kein Vertragspreis vereinbart wurde.
10. Die Auswahl der Hilfsmittel (10-stellige Positionsnummer) zur wirtschaftlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten obliegt grundsätzlich dem Leistungserbringer. Sie erfolgt in der Regel unter den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V gelisteten Produkten und hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Anspruchsberechtigten auszurichten. Dabei erfolgt ein herstellernerutraler Produkteinsatz. Soweit nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte eingesetzt werden, müssen diese in Qualität und Ausführung gleichartig und gleichwertig sein.

11. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Anspruchsberechtigten und/oder dessen Beauftragten und/oder gesetzlichen Vertreter umfassend zu beraten. Hierbei ist die Compliance hinsichtlich der geplanten Versorgung zu ermitteln. Ergibt sich aus der Anpassung/Abgabe des Hilfsmittels, dass mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich das Versorgungsziel nicht erreicht werden kann oder dass der Anspruchsberechtigte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf das Hilfsmittel reagiert, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich den Arzt, der die Verordnung ausgestellt hat sowie bei genehmigten Versorgungen, die AOK zu informieren und ggf. die Versorgung zu unterbrechen. Der Arzt prüft, ob eine Änderung oder Ergänzung in der beabsichtigten Hilfsmittelversorgung notwendig ist.
12. Der Leistungserbringer hat den Anspruchsberechtigten und/oder dessen Beauftragten und/oder gesetzlichen Vertreter in den Gebrauch und die Pflege der Hilfsmittel einzuweisen.
13. Die Versorgung gilt als abgeschlossen, wenn durch eine abschließende Anprobe die Passgenauigkeit und Funktionsfähigkeit festgestellt und der Erhalt des Hilfsmittels schriftlich durch den Anspruchsberechtigten bestätigt wurde (Tag der Abgabe).
14. Grundsätze der Versorgung
 - a. Reparaturen/Änderungen/Instandsetzungen
 - i. Bei Reparaturen, Änderungen und Instandsetzungen ist immer der Zeitpunkt der Versorgung des Versicherten mit dem zu reparierenden Hilfsmittel (Monat/Jahr) auf dem Kostenvorschlag bzw. auf der Rechnung anzugeben.
 - ii. Therapeutisch notwendige Einstellungen (z. B. zur Bewegungslimitierung) sind mit dem Grundpreis der Orthese abgegolten und gelten nicht als Reparaturen, Änderungen oder Instandsetzungen.
 - b. Genehmigungsverfahren
 - i. Die AOK Bremen/Bremerhaven verzichtet bis auf Widerruf in der PG23 – Orthesen für Neuversorgungen bis zu einer Höhe von 180 EUR brutto pro ärztlicher Verordnung auf eine vorherige Genehmigung. Das gilt auch für Reparaturen und Zurichtungen. Zudem können alle wiederverwertbaren Orthesen für die eine Versorgungspauschale vereinbart wurde ohne Genehmigung abgegeben werden. Änderungen, die diesen Absatz betreffen, werden 2 Monate im Vorfeld angekündigt.
 - ii. Der Genehmigungsverzicht für die aufgeführten Versorgungen gilt bis auf Widerruf. Der Widerruf erfolgt durch die AOK Bremen/Bremerhaven schriftlich gegenüber den nach § 3 Abs. 4 beigetretenen Leistungserbringern.
 - iii. Für individuell zu fertigende Hilfsmittel sind im Rahmen des Genehmigungsverfahrens neben dem Maßblatt, Erhebungsbogen (Anlage 3) gegebenenfalls weitere Unterlagen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kostenfrei vorzulegen.
15. Vergütung
 - a. Die Höhe der Vergütungen wird in der Anlage 2 geregelt.

- b. Die in Anlage 2 vereinbarten Preise sind brutto Höchstpreise – inklusive der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Die in Anlage 2 genannten Umsatzsteuersätze sind anzupassen, wenn sich Änderungen durch Gesetz oder höchstrichterliche Entscheidungen ergeben. Die Auswahl des korrekten Umsatzsteuersatzes für jedes Einzelprodukt obliegt dem Leistungserbringer und ändert grundsätzlich nichts an dem vereinbarten Bruttopreis dieses Vertrages. Bei allen ausgewiesenen Hilfsmittelpositionsnummern kann es zwischen dem 7-Steller und dem 10-Steller zu unterschiedlichen Umsatzsteuersätzen kommen. Werden auf Grund eines Steuerbescheids des örtlich zuständigen Finanzamtes von einem Leistungserbringer 19% Umsatzsteuer verlangt, obwohl in diesem Vertrag von 7% ausgegangen wurde, verpflichtet sich die AOK zur Nachzahlung des Differenzbetrages. Grundlage dafür ist ein zum Zeitpunkt der Abgabe gültiger Bescheid des Finanzamtes über die geforderte Umsatzsteuer des jeweiligen Hilfsmittels. Eine Nachberechnung kann erfolgen, wenn das im Bescheid des Finanzamtes aufgeführte Hilfsmittel dem abgerechneten 10-Steller eindeutig zugeordnet werden kann.
- c. Die Anpassung bezieht sich auf den jeweiligen Leistungserbringer und das im Steuerbescheid genannte 10-stellige Hilfsmittel. Andere Hilfsmittel als das im 10-Steller genannte und weitere Leistungserbringer sind von der Anpassung ausgeschlossen.
- d. Der Leistungserbringer hat die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Der Vergütungsanspruch verringert sich um diesen Betrag.
- e. Wenn eine genehmigte Versorgung für ein individuell gefertigtes Hilfsmittel z. B. infolge Ablebens des Anspruchsberechtigten oder bei begründetem Versorgungsabbruch nicht zustande kommt, erstattet die AOK nach Prüfung im Einzelfall die Kosten für nicht wieder verwendbare Teile und erbrachte handwerkliche Leistungen.
- f. Mit den Vertragspreisen sind insbesondere alle Service- und Dienstleistungen sowie alle vertraglich vereinbarten Leistungen abgegolten. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anprobe, Anleitung, Anpassung, Einweisung, Abgabe sowie Nachbetreuung der Versicherten. Mit dem Vertragspreis sind Testorthesen sowie die Arbeitszeit für den Einbau von Passteilen, alle Fertigungstechniken und Materialien (z.B. Carbon, Pre-Preg) abgegolten. Testorthesen werden nur gemäß der Preisliste extra vergütet.
- g. Das Feld "Hinweise" beschreibt, welche Passteile und welche Zusätze bei vorliegender ärztlicher Verordnung und Notwendigkeit bei Bedarf angesetzt werden können.
- Stundenverrechnungssatz 54,50 Euro
 - Aufschlagsatz 20%
 - Die Vergütung bezieht sich, soweit unter Bezeichnung nichts anderes genannt wird, immer je Stück.

Der Aufschlagsatz je Passteil ist auf max. 500,00 Euro gedeckelt.

Die Kalkulation ist wie folgt vorzunehmen:

1. Einkaufspreis des Produktes +20% (Aufschlagsatz auf den Nettoeinkaufspreis des Produktes) + Arbeitszeit (in Minuten x Stundenverrechnungssatz) = Nettopreis in Euro
2. Nettopreis in Euro x gültiger Umsatzsteuersatz in Prozent = Umsatzsteuer auf das Einzelprodukt in Euro
3. Nettopreis in Euro (s. 1.) + Umsatzsteuer in Euro (s. 2.) = Bruttopreis in Euro

16. Pauschalen

- a. Individuelle Anpassung am Versicherten, inkl. aller notwendigen Nacharbeiten, inkl. sämtlicher Flexions- bzw. Extensionseinstellungen während der Versorgung
- b. Der Leistungserbringer ist verpflichtet den Versicherten über den Versorgungszeitraum (max. 4 Monate bzw. max. 12 Monate) vor Beginn der Versorgung zu informieren. Ergänzend zur Empfangsbestätigung ist der Leistungserbringer verpflichtet den Versicherten zu informieren, dass die Orthese auch portofrei per Paket zurückgesandt werden kann, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen sind.
- c. Der Leistungserbringer gewährt den gesetzlichen Regelungen zum Wiedereinsatz von Medizinprodukten und den Vorgaben der jeweiligen Hersteller einen einwandfreien, funktionstüchtigen Zustand der Orthese.
- d. Treten innerhalb des Gewährleistungszeitraumes Defekte oder Störungen auf, welche die Funktionstüchtigkeit der Orthese beeinträchtigen, ist dem Versicherten vom Leistungserbringer unverzüglich kostenfrei gleichwertiger Ersatz zur Verfügung zu stellen.
- e. neues Polster- und Gurtset (z.B. Rahmenpolster, Kondylenpolster, Gurtverschlüsse und Gurtpolster) für jeden Wiedereinsatz
- f. Der Leistungserbringer garantiert die Einhaltung der Hygienerichtlinien gemäß der MPBetrV, sowie die Dokumentation der Hygiene- und Überprüfungsverfahren. Soweit der Hersteller nichts anderes vorgibt, zählen zu diesen im Besonderen der Austausch der o.g. Polster- und Gurtsets, sowie eine hygienische Aufbereitung des Metallrahmens z.B. durch ein ca. zwölf Stunden Desinfektionsbad mit geeigneten Desinfektionslösungen wie z.B. HELIPUR H Plus.
- g. Ist aus medizinischen Gründen eine Versorgung über den jeweils genannten Versorgungszeitraum erforderlich, bedarf es einer Genehmigung auf der Basis einer aktuellen ärztlichen Verordnung.
- h. Ist bei Orthesen der Produktart 23.04.03.3 eine Tragezeit von mehr als 4 Monaten erforderlich, kann der Leistungserbringer dem Kostenträger die Differenz zwischen der Versorgungspauschale und dem Kaufpreis für die Orthese gemäß der Preisliste nachberechnen. Vor der Abrechnung ist dem Kostenträger für den Differenzbetrag ein Kostenvoranschlag einzureichen. Für die Nachberechnung des Differenzbetrages ist eine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich, aus der hervorgeht, dass eine Dauernutzung medizinisch erforderlich ist.

- i. Die AOK Bremen/Bremerhaven vergütet bei der Dauerversorgung den Differenzbetrag zwischen der Pauschale und dem vereinbarten Kaufpreis. In diesen Fällen erfolgt kein Austausch der sich beim Versicherten befindlichen Orthese.
- j. Buchstabe E Nr. 1-4 der Anlage 6 zum Rahmenvertrag der AOK Bremen/Bremerhaven über die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V gelten nicht.

§ 5 Qualität

- (1) Die AOK ist jederzeit berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in geeigneter Weise zu überprüfen.

§ 6 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt ab dem 01.10.2015 in Kraft und gilt für Verordnungen mit einem Verordnungsdatum ab 01.10.2015.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende, erstmalig zum 30.06.2017, ohne Angabe von Gründen gekündigt werden. Eine Kündigung des Vertrages schließt automatisch eine Kündigung der Anlagen mit ein. Die Anlage 2 Preisliste kann separat mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende, erstmalig zum 30.06.2017, ohne Angabe von Gründen gekündigt werden. Alle anderen Vertragsbestandteile aus diesem Vertrag behalten dabei ihre Gültigkeit.
- (3) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf die Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Abreden bestehen nicht.
- (4) Sofern sich aufgrund von Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 6 SGB V Änderungen ergeben, verständigen sich die Vertragspartner über die sich daraus auf diesen Vertrag ergebenden Auswirkungen und setzen diese schnellstmöglich um.
- (5) Dieser Vertrag löst für alle Beteiligten die bisherigen vertraglichen Regelungen der beteiligten AOKs für die Versorgung mit Orthesen ab. Einer gesonderten Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.

§ 7 Gerichtsstand

- (1) Der Gerichtsstand ist in Bremen.

§ 8 **Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Sinn und Zweck des Vertrages am Nächsten kommen. Dies gilt insbesondere im Falle von aufsichtsrechtlichen Interventionen.

Bremen, 30.09.2015

AOK Bremen/Bremerhaven

Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| Anlage 1: | Beitrittserklärung |
| Anlage 2: | Preisliste |
| Anlage 3: | Erhebungs-/Anamnesebogen |
| Anlage 4: | Versorgungsdokumentation |
| Anlage 5: | Empfangsbestätigung bei Pauschalen |
| Anlage 6: | Mehrkostenerklärung |