

**Vertrag  
nach § 127 Abs. 2 SGB V**

**zwischen**

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

**und**

**Fachverband für Orthopädie-Technik  
und Sanitätsfachhandel Bayern e.V.**  
Karl-Theodor-Str. 55  
80803 München

**über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur  
Kompressionstherapie**

**AC/TK 15 02817**

**in der Fassung vom 01.05.2019**

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen .....	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung .....	4
§ 5 Ärztliche Verordnung .....	5
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag .....	6
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität .....	7
§ 8 Instandsetzung / Reparaturen .....	9
§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz.....	9
§ 10 Vergütung / Abrechnung.....	10
§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen .....	12
§ 12 Zusammenarbeit mit Dritten .....	13
§ 13 Werbung .....	14
§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen .....	14
§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages.....	15
§ 16 Schlussbestimmung.....	16
Anlage 1.....	17
Qualitäts- und Dienstleistungsstandards .....	17
Anlage 2.....	21
Preisvereinbarung.....	21
Anlage 2a.....	22
VB 02A / 17A4 - Vergütung für Anziehhilfen .....	22
Anlage 2b.....	23
VB 17A / 17A4 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe .....	23
Anlage 2c.....	28
VB 17A / 17A4 - Vergütung für flachgestrickte Kompressionsstrümpfe .....	28
Anlage 2d.....	35
VB 17B / 17B8 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe .....	35
Anlage 2e.....	36
VB 17B / 17B8 - Vergütung für flachgestrickte Kompressionsarmstrümpfe.....	36
Anlage 2f zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB.....	39
Anlage 3.....	43
Mehrkostenerklärung des Versicherten.....	43
Anlage 4.....	44
Werbung .....	44
Anlage 5.....	45
Beitrittserklärung.....	45

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse sowie aller durch die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in den Anlagen 2a bis 2f benannten Hilfsmitteln der Produktgruppe 17 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.
2. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

Anlage 1	Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 2a	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2b	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2c	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2d	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2e	Vergütungsvereinbarung
Anlage 2f	Vergütungsvereinbarung
Anlage 3	Mehrkostenerklärung
Anlage 4	Werbung
Anlage 5	Beitrittserklärung

## **§ 2 Geltungsbereich**

1. Der Vertrag gilt für
  - a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern),
  - b) den Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V.,
  - c) präqualifizierte Mitglieder (nachfolgend Leistungserbringer) des Fachverbandes für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V., die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5),
  - d) andere präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5).
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in den Anlagen 2a bis 2f aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

## **§ 3 Leistungsvoraussetzungen**

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

gen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.

3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.
4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der AOK Bayern im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Bayern.
5. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer der AOK Bayern unverzüglich mit.
6. Die AOK Bayern hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit den in den Anlagen 2a bis 2f vereinbarten Vergütungen abgegolten.

#### **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.
2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (ab 26.05.20 ausschließlich Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen der AOK Bayern zu erbringen.

4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln die einschlägigen medizinprodukterechtlichen Bestimmungen, Richtlinien und Empfehlungen sowie das Arbeitsschutzgesetz und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem, soweit zutreffend unter Beachtung der Anforderungen der Medical Device Regulation (MDR). Ist das Qualitätsmanagement-System durch eine von der nationalen Akkreditierungsstelle (Verordnung (EG) Nr. 765/2008) akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft oder einer benannten Stelle nach der MDR geprüft und abgenommen, gilt dieses als geeignet. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in den Anlagen Benennung der Anlage aus der Preisvereinbarung vereinbarten Vergütungen abgegolten.
5. Die AOK Bayern kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Auslieferung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Fordert der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern an, so ist der Leistungserbringer verpflichtet, die ihm vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Leistungserbringer stellt dafür die seitens des MDK für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung. Über Erhebungsbögen, Maßblätter und Fotos hinausgehende Dokumentationen werden gesondert nach Aufwand zu vergütet.
6. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse.

## **§ 5 Ärztliche Verordnung**

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
3. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert die AOK Bayern für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.
4. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen.
5. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
6. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).

7. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 6 vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.
  - a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.
  - b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer ergänzt werden.
  - c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der AOK Bayern über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
8. Der behandelnde Arzt hat grundsätzlich nur die für die Versorgung notwendige Produktart zu verordnen. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels obliegt dem Leistungserbringer. Benennt der Arzt im Einzelfall in seiner Verordnung ein Hilfsmittel namentlich, kann der Leistungserbringer in Abstimmung mit dem Arzt hiervon innerhalb der Produktart abweichen. Hat der Arzt ein Einzelprodukt aus einer Produktart verordnet und kann nach Rücksprache mit dem Arzt dieses Produkt aufgrund seiner produktbezogenen medizinischen Begründung nicht durch ein anderes Produkt dieser Produktart ersetzt werden, ist der Leistungserbringer berechtigt, einen Kostenvoranschlag einzureichen, wenn der Hersteller-Listeneinkaufspreis des verordneten Produktes den für die Produktart vereinbarten Netto-Vertragspreis überschreitet.
9. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.
10. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die AOK Bayern regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der AOK Bayern abgerechnet werden.

## **§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag**

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der AOK Bayern auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der AOK Bayern. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern eingereicht wird, erfolgen.
2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die AOK Bayern auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in den Anlagen 2a bis 2f vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlagen 2a bis 2f von der AOK Bayern widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die AOK Bayern kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerung oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.
3. Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind ungeachtet der Anlagen 2a bis 2f immer genehmigungspflichtig und mittels Kostenvoranschlag zu beantragen.

4. Ist gemäß den vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen beim zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der AOK Bayern vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden. Bei Folgeversorgungen ist dabei das Grundhilfsmittel mit dem Verwendungskennzeichen 04 anzuliefern.
5. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (IK), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die Kassenspezifische Abrechnungsnummer aus den Anlagen 2a bis 2f angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.
6. Anfragen der AOK Bayern beantwortet der Leistungserbringer zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

## **§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität**

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten.
2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 4a Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/Betreuers zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Auf Wunsch des Versicherten können gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht, kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten und die Aufzahlungshöhe sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK Bayern auf Anforderung zur Verfügung.
4. Der Leistungserbringer ermittelt die für die Versorgung notwendigen Patientenparameter. Sofern eine Genehmigung durch die AOK Bayern erforderlich ist, reicht er einen Kostenvoranschlag gemäß § 6 ein.
5. Die Abgabe der Hilfsmittel erfolgt unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der Krankenkasse. Sofern es das Krankheitsbild oder die Behinderung zulässt, erfolgt die Abgabe bei maßangefertigten Hilfsmitteln an den Versicherten.

cherten innerhalb von 3 Wochen nach Übergabe der Verordnung bzw. Eingang der Genehmigung der Krankenkasse. Dies gilt nicht, wenn die Abgabe des Hilfsmittels aus nicht vom Leistungserbringer zu vertretenden Gründen erst später möglich ist.

6. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 5 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.
7. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert er mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet auf den Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.
8. Soweit es im Notfall erforderlich und zulässig ist, darf die Versorgung und Abgabe der Hilfsmittel aus Depots im Krankenhaus oder beim Arzt durch das geeignete Personal des Leistungserbringers oder durch geschultes Personal des Krankenhauses oder Arztes erfolgen. Die Einzelheiten sind in § 12 geregelt.
9. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der AOK Bayern auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.
10. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der AOK Bayern ist ein Nachweis vorzulegen.
11. Der Leistungserbringer setzt - soweit möglich - herstellernerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie die MDR.
12. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).
13. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Das zuständige Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.



## **§ 8 Instandsetzung / Reparaturen**

1. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen. Der Leistungserbringer gewährleistet die Instandhaltung und die Instandsetzung für die gelieferten Hilfsmittel während der Nutzungszeit.
2. Vor der Durchführung einer Reparatur ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Soweit Gewährleistungs- oder Garantieansprüche bestehen, besteht keine Vergütungspflicht der AOK Bayern. Das zuständige Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch durch den Versicherten zurückzuführen ist.
3. Die Ausführung von Reparaturen bedürfen der Genehmigung der AOK Bayern.

## **§ 9 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz**

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

## § 10 Vergütung / Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Bayern, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m<sup>2</sup> bis maximal 100 g/m<sup>2</sup>) zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstegesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen.
2. Die Vergütung ist in den Anlagen 2a bis 2f geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Bayern über.
4. Mit der Vergütung nach den Anlagen 2a bis 2f sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehalten § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, ist gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln. Soweit in diesen Fällen ein höherwertigeres Hilfsmittel aus einer anderen Produktart abgegeben wird, ist bei der Abrechnung das Hilfsmittelverwendungskennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt.
6. Die Vergütung des Leistungserbringers vermindert sich bei zulässigen Abgaben von Hilfsmitteln aus einem Depot gemäß § 12 um die in den Anlagen 2a bis 2f angeführten Abschläge. Es gelten die Bestimmungen des § 128 SGB V.
7. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
8. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungsleistungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der AOK Bayern benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
9. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Bei Folgeversorgungen (erneute Versorgung) mit dem gleichen Hilfsmittel oder Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer ist beim Grundhilfsmittel das Verwendungskennzeichen 04 anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode/ Tariffkennzeichen **15 02817**) zwingend erforderlich.
10. Bei genehmigten Hilfsmitteln ist bei der Abrechnung das Genehmigungskennzeichen anzugeben.

11. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK Bayern nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die AOK Bayern nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die AOK Bayern hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.
12. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen nach den jeweiligen Positionen den Anlagen 2a bis 2f, den Stempel des Leistungserbringers und sein Institutionskennzeichen zu enthalten. Zusätzlich sind auf der Verordnung die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Aus allen Urbelegen (z.B. separate Empfangsbestätigung), die zusätzlich zur Abrechnung erforderlich sind, muss der Leistungserbringer eindeutig erkennbar sein. Ist für die Abrechnung keine Verordnung erforderlich, ist die Rechnungs- und Belegnummer auf einem der ersatzweise einzureichenden Urbelege aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese wichtige Teile der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind, auch zu Korrekturzwecken, auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind verordnungsrelevante Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist in diesen Fällen unzulässig. Sind jedoch abrechnungsrelevante Korrekturen erforderlich, darf dies durch die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten für die Abrechnungsfelder Zuzahlung, Gesamtbrutto, Arzneimittel-/ Hilfsmittel-Nummer, Faktor und Taxe erfolgen. Im Feld Apotheken-Nummer / IK muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.
13. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
14. Die AOK Bayern begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der AOK Bayern vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
15. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der AOK Bayern zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der AOK Bayern an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die AOK Bayern nur in begründeten Fällen verweigern.
16. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen 2a bis 2f vereinbarten Preise kann die AOK Bayern dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die AOK Bayern kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 14 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 14. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die AOK Bayern nicht zur Bezahlung verpflichtet.

17. Die Aufrechnung und/oder Verrechnung seitens der AOK Bayern gegen Ansprüche des Leistungserbringers ist nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Gegenansprüchen möglich.
18. Kann ein individuell herzustellendes Hilfsmittel aus Gründen, die der Versicherte zu vertreten hat, nicht fertiggestellt oder abgeholt werden (z. B. Tod des Versicherten) und kann deshalb der Empfang nicht bestätigt werden, ist eine Abrechnung der erbrachten (Teil-)Leistung nur mit einer erneuten Genehmigung durch die AOK Bayern möglich. In diesen Fällen reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag mit detaillierter Kalkulation der bis dahin erbrachten Leistungen zur Genehmigung bzw. Genehmigungskorrektur ein und hält das Hilfsmittel für eine etwaige Inaugenscheinnahme durch die AOK Bayern bereit.
19. Wird ein individuell angefertigtes Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt, so mahnt der Leistungserbringer den Versicherten zweimal schriftlich zur Abholung des Hilfsmittels unter Fristsetzung. Einen Abdruck der Schreiben übermittelt der Leistungserbringer dem zuständigen Fachteam Hilfsmittel der AOK Bayern. Wird das Hilfsmittel nach Ablauf der letzten Frist nicht abgeholt, kann der Leistungserbringer den vertraglich vereinbarten Preis abrechnen. Anstelle der Empfangsbestätigung durch den Versicherten vermerkt der Leistungserbringer in diesen Fällen auf der Rückseite der Verordnung im Feld „Vermerke der Krankenkasse“, dass das Hilfsmittel nicht abgeholt wurde. Der Leistungserbringer bewahrt das Hilfsmittel ab Rechnungslegung für drei Monate auf; das Hilfsmittel ist der AOK Bayern auf Verlangen auszuhändigen. Die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung und ggf. mit ihm vereinbarten Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

## **§ 11 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages übermittelten bzw. bekannt werdenden, zu schützenden Daten (personenbezogene Patientendaten, Sozialdaten, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse), insbesondere die diagnosebezogenen Daten der Versicherten, vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen und nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Durchführung dieses Vertrages die gemäß den Vorschriften des maßgebenden Landesdatenschutzgesetzes und des Bundesdatenschutzgesetzes erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Mitarbeiter oder Dritte über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
3. Der Leistungserbringer darf die ihm überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die gesetzlichen Vorgaben zu den Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten.
4. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, strengstes Stillschweigen zu bewahren. Er verpflichtet sich, die ihm übergebenen Geschäfts- und Betriebsunterlagen sorgfältig zu verwahren und vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.
5. Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung notwendigen Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch Verstöße gegen Datenschutzgesetze entstehen.

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

## § 12 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungsleistungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden. Eine Notfallversorgung ist unter anderem anzunehmen, wenn
  - aus medizinischen Gründen i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V eine umgehende Versorgung mit einem Hilfsmittel im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in Anbetracht eines akuten Ereignisses in einer Arztpraxis oder einer medizinischen Einrichtung notwendig ist und
  - die konkret benötigte Versorgung nicht im Vorfeld planbar ist und
  - der Versicherte das Hilfsmittel nicht bei einem Leistungserbringer in der gebotenen Eile selbst besorgen kann oder die Beschaffung durch ihn unzumutbar wäre und
  - der Versicherte unmittelbar nach der Versorgung wieder nach Hause geht, also nicht stationär in einem Krankenhaus verbleibt.
3. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ein Notfall im Sinne des Absatzes 2 bei den von diesem Vertrag umfassten Hilfsmitteln nur vorliegen kann, wenn die Produkte unmittelbar postoperativ benötigt werden und die konkrete Produktauswahl erst nach der ambulanten Operation möglich ist, insbesondere nach einem Venenstripping. Es kommen dabei ausschließlich seriengefertigte Hilfsmittel zur Kompressionstherapie in Betracht.
4. Der Leistungserbringer gewährleistet für die aus dem Depot überlassenen Hilfsmittel die einwandfreie Qualität. Er qualifiziert gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV den Arzt im Umgang mit den Hilfsmitteln, es sei denn, diese Einweisung ist bereits durch den Hersteller oder eine andere dazu befugte Person erfolgt.
5. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen.
6. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.
7. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.

8. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

### **§ 13 Werbung**

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen. Näheres ist in der Anlage 4 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

### **§ 14 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen**

1. Die AOK Bayern ist nach § 127 Abs. 5a SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 5a SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK Bayern auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V. Sofern die AOK Bayern auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Bayern nach Maßgabe des § 127 Abs. 5b SGB V zu übermitteln.
2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die AOK Bayern das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die AOK Bayern kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der AOK Bayern, so kann ihn die AOK Bayern bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 außerordentlich kündigen.
4. Die AOK Bayern räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.

5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
  - a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
  - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
  - c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach § 3
  - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
  - e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
  - f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3,
  - g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2),
  - h) Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 12 Abs. 5 bis 8)
  - i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
  - j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
  - k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
  - l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
  - m) Verstöße gegen § 7 Absatz 3
6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die AOK Bayern nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Nettorechnungsbeitrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der AOK Bayern auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Nettorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.
7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).
8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der AOK Bayern den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

### **§ 15 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.11.2017 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt abgegebenen Hilfsmittel. Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verliert der bisherige Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie in der Fassung vom 01.08.2016 seine Gültigkeit. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2020 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in den Anlagen 2a bis 2f vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.

3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlagen 2a bis 2f) kann von der AOK Bayern oder dem vertragsschließenden Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2020 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

### **§ 16 Schlussbestimmung**

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

---

Ort, Datum

---

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

---

Ort, Datum

---

Fachverband für Orthopädie-Technik und  
Sanitätsfachhandel Bayern e.V.



**Anlage 1**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**  
**Qualitäts- und Dienstleistungsstandards**

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards stellen im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der AOK Bayern sicher. Ein Leistungserbringer kann nur dann Vertragspartner der AOK Bayern sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Der Leistungserbringer stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der AOK Bayern betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf Verlangen der AOK Bayern legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

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

Der Leistungserbringer hat die umgehende Abwicklung von unaufschiebbaren Änderungen und Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen sowie Gewährleistungen sicherzustellen, auch wenn er an weniger als fünf Wochentagen für die Versicherten der AOK Bayern erreichbar ist. Auf Verlangen der AOK Bayern hat der Leistungserbringer den Nachweis der Sicherstellung zu führen. Erfolgt dabei die Sicherstellung durch Unterauftragsverhältnisse, führt der Unterauftragnehmer den Nachweis seiner Eignung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V. Für Instandsetzungen erfüllt der Unterauftragnehmer die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen oder sonstige Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten - soweit erforderlich - über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

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

Bei Maßanfertigungen ist der Versicherte darauf hinzuweisen, dass die Passgenauigkeit und der Sitz durch den Leistungserbringer nachzukontrollieren sind. Diese Leistung ist den Versicherten als Qualitäts- und Servicestandard durch den Leistungserbringer zu unterbreiten.

Der Versicherte ist über die Eigenschaften hinsichtlich des Wärme- und Feuchtigkeitsverhaltens der unterschiedlichen Materialien zu informieren.

Lymphatische Versorgungen beginnen mit einer ausführlichen Anamnese. Geht aus der Befragung des Versicherten hervor, dass noch keine manuelle Lymphdrainage durchgeführt wird oder verordnet wurde, ist zunächst mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu halten, um das Therapieziel nicht zu gefährden.

Vor der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie ist eine individuelle Messung der zu versorgenden Extremitäten durch den Leistungserbringer durchzuführen. Die Körpermaße sind nach dem jeweils aktuell verbindlichen Maßschema (zur Zeit Güte- und Prüfbestimmung RAL-GZ 387/1 und 387/2 vom Januar 2008) abzunehmen. Sollte nach den Messergebnissen eine Erstversorgung mit einem konfektionierten Produkt nicht möglich und somit eine Maßanfertigung notwendig sein, ist dem Kostenvoranschlag bei jedem Antrag auf eine Maßversorgung eine Kopie des Maßblattes mit dem Datum der Datenerhebung beizufügen. Diese Maßblätter sind, auch bei einem Verzicht auf eine Genehmigung, vom Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Aufbewahrungspflichten zu archivieren.

Ist für den Versicherten bei den maßgefertigten Kompressionshilfen eine Wechselversorgung erforderlich, sollte diese frühestens 4 Wochen nach der Erstversorgung erfolgen, um eintretende Veränderungen berücksichtigen zu können. Vor der Wechselversorgung ist eine erneute Messung durchzuführen. Sofern der Vertragsarzt hier die Erst- und Wechselversorgung gleichzeitig auf einem Muster 16 verordnet, kann die Krankenkasse nach Prüfung der Voraussetzungen zunächst nur der Erstversorgung zustimmen. Wird nach Ablauf der vorgenannten Frist die Passform der Erstversorgung bestätigt, genehmigt die Krankenkasse die beiden Versorgungen und der Leistungserbringer kann erst damit abrechnen.

Medizinische Kompressionsstrümpfe müssen passgenau sein. Deshalb ist insbesondere bei flachgestrickten Kompressionsstrümpfen davon auszugehen, dass die anatomischen Verhältnisse berücksichtigt werden und sich die Maßanfertigung auch auf die Fersen-/Sprunggelenk-/Knieregion erstreckt, so dass auch für diese Region eine passgenaue Bestrumpfung erstellt wurde. Eine Ellipsen- bzw. Y- oder vergleichbare Einkehr kann im begründeten Einzelfall gesondert vergütet werden, wenn sie sich bei immobilen Versicherten (z.B. Rollstuhlfahrern) oder bei Versicherten mit Gelenkversteifungen durch die Diagnose medizinisch begründen lassen.

In medizinisch (durch den Arzt) oder anatomisch (durch den Leistungserbringer mittels Maßblatt) begründeten Einzelfällen kann eine Kombination aus verschiedenen Kompressionshilfen erfolgen. Auch hier kann der Versicherte auf eigenen Wunsch eine geteilte Versorgung erhalten, wenn er den Aufpreis dieser Ausführung übernehmen möchte, falls die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

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

Bei regelmäßigem Tragen und ordnungsgemäßer Pflege halten Kompressionsstrümpfe etwa 6 Monate, bei einer Wechsellösung entsprechend länger. Ist bei einer einfachen Ausstattung eine Folgeversorgung früher als 6 Monate (bei Wechsellösung 12 Monate) nach der letzten Versorgung erforderlich, ist diese mit einem begründeten Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen.

Anti-Thrombosestrümpfe sind keine Hilfsmittel im Sinne der GKV und können nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Ein Anspruch der Versicherten auf Sport- und Freizeitkompressionsstrümpfe besteht nicht. Gleiches gilt für Kompressionsstücke, die gemäß der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

## **Zusätzliche Anforderung an die Versorgung mit flachgestrickter Kompressionsware**

Für die Versorgung mit flachgestrickter Kompressionsware der Produktuntergruppen 17.06.14. bis 17.06.19., 17.10.04., 17.10.05. und der diversen Zusätze in der Untergruppe 17.06.07. sowie 17.99.99. sind besondere fachliche Kenntnisse erforderlich. Der Nachweis erfolgt durch Zertifikate über eine Fortbildung zur lymphologischen Kompressionsstrumpfversorgung. Die Teilnahme an dieser Fortbildung setzt solide Kenntnisse in der phlebologischen Kompressionsstrumpfbehandlung voraus. Die mindestens 2-tägige Fortbildung muss die folgenden Anforderungen erfüllen:

- es werden die Besonderheiten der lymphatischen Kompressionstherapie vermittelt
- es wird umfassender Einblick in das gesamte Therapiekonzept gegeben
- an einem Tag steht die Praxis der Lymphversorgung im Mittelpunkt
- für PatientInnen mit lymphatischen Erkrankungen der oberen und unteren Extremität werden Versorgungskonzepte erstellt und Versorgungen bewertet
- das Seminar endet mit einer Überprüfung des Lernfortschrittes
- Grundlagen der Kompressionstherapie
- Grundlagen und Aufbau der physikalischen Ödemtherapie
- Funktion des Gefäßsystems
- Aufbau des Lymphsystems
- Erkrankungen des Lymphsystems
- Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Lymphsystems
- Demonstration der Lymphdrainage inkl. Bandagierung
- Praxis der Lymphversorgung durch Vorstellen der Patienten mit Beinlympherkkrankungen (1 Patient für 2 Teilnehmer) inkl. Maßnahmen und Strumpfauswahl
- Grundlagen der lymphologischen Kompressionsbehandlung der unteren Extremität inkl. Hinweise zum Maßnehmen und zur Materialauswahl
- Stricktechnische Besonderheiten der Hersteller (inkl. Zehenkappen etc.) inkl. Maßnahmen und Qualitätsfestlegung
- Grundlagen der lymphologischen Kompressionsbehandlung der oberen Extremität inkl. Hinweise zum Maßnehmen und zur Materialauswahl sowie Maßnahmen und Qualitätsfestlegung

Seminarveranstaltungen werden von der Krankenkasse anerkannt, wenn sie mindestens diesen Anforderungen entsprechen.

## **Zusätzliche Anforderung an die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Narbenkompression**

Für die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Narbenkompression der Produktuntergruppen 17.06.06., 17.07.01., 17.10.02., 17.11.01. und 17.17.01. sind besondere fachliche Kenntnisse erforderlich. Der Nachweis erfolgt durch Zertifikate über eine Fortbildung zur Narbenkompressionsstrumpfversorgung. Die Fortbildung muss mindestens die folgenden Anforderungen erfüllen:

### **• Grundversorgung**

Der Leistungserbringer weist als Grundlage für den Versorgungsbereich Narbenkompression die erfolgreiche Teilnahme der Fortbildung zur Versorgung mit flachgestrickter Kompressionsware innerhalb der Unternehmenseinheit nach.

Das Fachpersonal ist zusätzlich mit einer mindestens 2-tägigen Fortbildung im Bereich der Narbenkompression mit wenigstens folgenden Inhalten zu qualifizieren.

- Grundlagen der Narbenkompressionstherapie
- Funktion der Hilfsmittel
- Besonderheiten der Verschlusssysteme
- Besonderheiten der Narbenkompressionstherapie bei Verbrennungen und nach chirurgischen Eingriffen mit Keloidbildungstendenz (Hauttransplantationen und plastische Chirurgie)
- es wird umfassender Einblick in das gesamte Therapiekonzept gegeben
- Versorgung von Schwerbrandverletzten - von der Erstbehandlung bis zur Nachbehandlung inkl. Kompressionstherapie
- Narbenkompressionskleidung - Materialien, Fertigungstechnik und Einsatzbereiche
- Neuheiten bei der Versorgung mit Narbenkompressionskleidung und -produkten
- Möglichkeiten einer kombinierten Kompressions- und Silikonversorgung
- Speziallösungen zur Versorgung der Extremitäten
- Maßtraining sämtlicher relevanter Versorgungsmöglichkeiten am Patienten
- Erstversorgung und Aufnahme von Schwerbrandverletzten im Krankenhaus
- Transplantation - wann und wie erfolgt die Wunddeckung
- für Patienten mit Verbrennungs- oder Transplantationsnarben werden Versorgungskonzepte erstellt und Versorgungen bewertet
- das Seminar endet mit einer Überprüfung des Lernfortschrittes

### **• individuelle Herstellung in eigener Werkstatt**

Um eine fachlich qualifizierte Abänderung oder Ergänzung des Narbenkompressionsmaterials sicher zu stellen, ist eine herstellerübergreifende Qualifizierung erforderlich. Diese erfordert Kenntnis aller am Markt befindlichen Narbenkompressionsmaterialien und deren Eigenschaften sowie deren Zusätze, Maßsysteme, Verbindungs- und Kombinationsmöglichkeiten gemäß dem Seminar der Bundesfachschule für Orthopädie-Technik (BUFA):

Dies gilt für Narbenkompressionsversorgungen, welches das Fachpersonal durch individuelle Herstellung in eigener Werkstatt mit z.B.:

- individuellen Pelotten
  - Verschlüssen
  - Öffnungen im Material
- ergänzt, ändert oder konstruiert.

Hierbei sollen die Kriterien, welche durch den Fachkreis Narbenkompression der BUFA erarbeitet wurde, übernommen werden. Um eine qualitative Versorgung zu gewährleisten, verfügt mindestens ein Mitarbeiter je Unternehmenseinheit über das 2-tägige Qualifizierungsseminar „Narbenkompression“ der Bundesfachschule für Orthopädie-Technik.

**Anlage 2**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**  
**Preisvereinbarung**

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der AOK Bayern mit Hilfsmitteln der in den Anlagen 2a bis 2f genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlagen 2a bis 2f regeln die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.
2. Mit den in den Anlagen 2a bis 2f vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 7 Abs. 3 abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten. Für Festbeträge gelten die allgemeinen Erläuterungen zum Festbetragsgruppensystem und zu den Festbeträgen des GKV-Spitzenverbandes für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie in der jeweils aktuellen Fassung.
3. Bei einer Fortschreibung im Hilfsmittelverzeichnis in der Produktgruppe 17 sind Produkte neuer, in diesem Vertrag noch nicht aufgeführter Produktuntergruppen und/oder –arten mit Kostenvoranschlag zur Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen. Die Vertragspartner bemühen sich zeitnah Preise für neue Produktuntergruppen und/oder –arten zu vereinbaren.
4. Sind für Produktarten keine Vertragspreise vereinbart, wird vom Leistungserbringer zur Angebotsberechnung auf den vom Hersteller ausgewiesenen Einkaufspreis bei rundgestrickter Kompressionsware ein Aufschlag in Höhe von 70 %, bei flachgestrickter Kompressionsware und bei Hilfsmitteln zur Narbenkompression ein Aufschlag in Höhe von 20 % zzgl. der benötigten Arbeitszeit mit den in den Anlagen 2c, 2e und 2f angegebenen Stundenverrechnungssatz zuzüglich der Mehrwertsteuer veranschlagt.
5. Bei flachgestrickten Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie und Hilfsmitteln zur Narbenkompression ist bei der Erstversorgung zusätzlich zur ärztlichen Verordnung und dem Kostenvoranschlag das Maßblatt vorzulegen. Das Maßblatt wird beim Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Aufbewahrungspflichten archiviert.
6. Produkte die über eine Hilfsmittelnummer einem bestimmten Versorgungsbereich zugeordnet sind, müssen auch über dem in den Anlagen 2c, 2e und 2f zugeordneten Preis abgerechnet werden. Dies gilt auch dann, wenn Aufgrund von Herstellerangaben oder einer Verordnung z.B. ein lymphatisches Produkt für eine Narbenversorgung Verwendung findet.
7. Zusätze die weder im Hilfsmittelverzeichnis noch in diesem Vertrag definiert sind, wie Schneiderballen-, Hallux Valgus-Entlastungen, Po-Forming, etc. stellen, auch bei Verordnung durch den Arzt, ohne Nachweis hinreichender medizinischer Studien keine Leistung im Rahmen dieses Vertrages dar.
8. Bei der elektronischen Übermittlung von Kostenvoranschlägen ist bei Folgeversorgungen (erneute Versorgung) mit dem gleichen Hilfsmittel oder Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer beim Grundhilfsmittel das Verwendungskennzeichen 04 anzuliefern.

**Anlage 2a**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**

**VB 02A / 17A4 - Vergütung für Anziehhilfen**

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
<b>02.40.01.</b>	<b>Anziehhilfen</b>				
02.40.01.3	Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe	00	38,02 €	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

**Anlage 2b**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**  
**VB 17A / 17A4 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe**

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.-Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
<b>17.06.01.</b>	<b>Med. Kompressionswadenstrümpfe, Serienfertigung</b>				
17.06.01.0	Wadenstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.01.1	Wadenstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.01.2	Wadenstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.01.3	Wadenstrümpfe KKL. IV, Serienfertigung	00/04		1	
<b>17.06.02.</b>	<b>Med. Kompressions-Halbschenkelstrümpfe, Serienfertigung</b>				
17.06.02.0	Halbschenkelstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.02.1	Halbschenkelstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.02.2	Halbschenkelstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.02.3	Halbschenkelstrümpfe KKL. IV, Serienfertigung	00/04		1	

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

<b>17.06.03.</b>	<b>Med. Kompressionsschenkelstrümpfe, Serienfertigung</b>				
17.06.03.0	Schenkelstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.03.1	Schenkelstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.03.2	Schenkelstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.03.3	Schenkelstrümpfe KKL. IV, Serienfertigung	00/04		1	
<b>17.06.04.</b>	<b>Med. Kompressionsstrumpfhosen, Serienfertigung</b>				
17.06.04.0	Strumpfhosen KKL. I, Serienfertigung	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.04.1	Strumpfhosen KKL. II, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.04.2	Strumpfhosen KKL. III, Serienfertigung	00/04		1	
17.06.04.3	Strumpfhosen KKL. IV, Serienfertigung	00/04		1	
<b>17.06.05.</b>	<b>Med. Kompressionsstumpfstrümpfe</b>				
17.06.05.0	Unterschenkelstumpfstrumpf	00/04	EK + 70 %	1	
17.06.05.0999	Maßanfertigung Stumpfstrumpf	00/04	EK + 70 %	1	
17.06.05.1	Oberschenkelstumpfstrümpfe	00/04	EK + 70 %	1	
17.06.05.1999	Maßanfertigung Stumpfstrumpf	00/04	EK + 70 %	1	
<b>17.06.07.</b>	<b>Befestigungshilfen</b>				
17.06.07.0	Hautkleber	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.07.1	Strumpfhaltersysteme, einseitig	12		1	
17.06.07.2	Strumpfhaltersysteme, doppelseitig	12		1	
17.06.07.3	Leibteile/-gurte	12		1	

Fortsetzung auf der Folgeseite)



(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe )

<b>17.06.08.</b>	<b>Med. Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung</b>				
17.06.08.0	Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung	00/04	EK + 20% + 40 Min	1	X
17.06.08.1	Zweikomponenten-Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung	00/04	EK + 20% + 40 Min	1	X
<b>17.06.10.</b>	<b>Med. Kompressionswadenstrümpfe nach Maß, rundgestrickt</b>				
17.06.10.0	Wadenstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.10.1	Wadenstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.10.2	Wadenstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.10.3	Wadenstrümpfe KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
<b>17.06.11.</b>	<b>Med. Kompressions-Halbschenkelstrümpfe nach Maß, rundgestrickt</b>				
17.06.11.0	Halbschenkelstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.11.1	Halbschenkelstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.11.2	Halbschenkelstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.11.3	Halbschenkelstrümpfe KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
<b>17.06.12.</b>	<b>Med. Kompressionsschenkelstrümpfe nach Maß, rundgestrickt</b>				
17.06.12.0	Schenkelstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.12.1	Schenkelstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.12.2	Schenkelstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.12.3	Schenkelstrümpfe KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	

Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

<b>17.06.13.</b>	<b>Med. Kompressionsstrumpfhosen nach Maß, rundgestrickt</b>				
17.06.13.0	Strumpfhosen KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00/04	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.06.13.1	Strumpfhosen KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.13.2	Strumpfhosen KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
17.06.13.3	Strumpfhosen KKL. IV, nach Maß, rundgestrickt	00/04		1	
<b>17.06.20.</b>	<b>Med. Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung nach Maß</b>				
17.06.20.0	Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung <b>nach Maß</b>	00/04	EK + 20% + 50 Min	1	X
17.06.20.1	Zweikomponenten-Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung <b>nach Maß</b>	00/04	EK + 20% + 50 Min	1	X
<b>17.99.99.0</b>	<b>Abrechnungsposition für Zubehör (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.99.99.0002	Kompressionspelotten incl. Tasche	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
<b>17.99.99.2</b>	<b>Abrechnungspositionen für Zuschläge/Zusätze (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.99.99.2003	Komprimierendes Leibteil	12	17,85 €	1	
17.99.99.2006	Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.99.99.2007	Hüftbefestigung für Stumpfstrümpfe	12	keine Berechnung, da in 17.06.05. ent- halten	1	X
17.99.99.2008	Hafttrand – ansetzbar bei A – F / A –G. Bei A-D Strümpfen nur wenn cC-Maß kleiner oder gleich cD-Maß; keine explizite ärztl. Verordnung notwendig	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - für rundgestrickte Kompressionsstrümpfe)

17.99.99.2018	Eingriff	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.99.99.2019	Schwangerschaftshosenteil	12	16,51€	1	
17.99.99.2020	Stomaöffnung	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.99.99.2024	Abrechnungsposition für Unterstrümpfe bei Ulcus-Cruris-Strümpfen	12	52,50 €	1	
17.00.99.9902	Offenes Leibteil – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20 %	1	
17.00.99.9903	Eingebetter Schlitz – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20 %	1	
17.00.99.9904	Schritt offen – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20 %	1	
17.00.99.9905	Baumwollqualität = Aufschlag in Höhe von 10 % auf die Grundposition des Strumpfes ohne Zusätze	12	+ 10 %	1	
	<b>Depotabschläge</b>				
17.00.99.9993	Abschlag bei zulässiger Depotversorgung mit Kompressionsstrümpfen auf die Festbeträge der Produktuntergruppen 17.06.01. bis 17.06.04.	00	- 20 %	1	

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Soweit in der vorgenannten Preisliste „analog Festbetrag gemäß § 36 SGB V“ ausgewiesen ist, gelten die vom GKV-Spitzenverband nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträge in der jeweils gültigen Fassung.

**Anlage 2c**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**

**VB 17A / 17A4 - Vergütung für flachgestrickte Kompressionsstrümpfe**

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.- Kennzeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmigungspflichtig
<b>17.06.14.</b>	<b>Med. Kompressionswadenstrümpfe nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den Haftrand 17.99.99.2008, den distalen schrägen Fußabschluss 17.00.99.9906 und den proximalen schrägen Abschluss bei D und G 17.99.99.2026)				
17.06.14.0	Wadenstrumpf KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	126,23 €	1	X
17.06.14.1	Wadenstrumpf KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	127,43 €	1	X
17.06.14.2	Wadenstrumpf KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	131,04 €	1	X
17.06.14.3	Wadenstrumpf KKL. IV, nach Maß, flachgestrickt	00/04	132,55 €	1	X
<b>17.06.15.</b>	<b>Med. Kompressions-Halbschenkelstrümpfe nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den Haftrand 17.99.99.2008, den distalen schrägen Fußabschluss 17.00.99.9906 und den proximalen schrägen Abschluss bei D und G 17.99.99.2026)				
17.06.15.0	Halbschenkelstrumpf KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	159,25 €	1	X
17.06.15.1	Halbschenkelstrumpf KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	158,56 €	1	X
17.06.15.2	Halbschenkelstrumpf KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	165,06 €	1	X
17.06.15.3	Halbschenkelstrumpf KKL. IV, nach Maß, flachgestrickt	00/04	166,00 €	1	X

Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - flachgestrickte Kompressionsstrümpfe)

<b>17.00.06.12xx</b>	<b>Beinstück (Stulpe) kurz nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den Haftrand 17.99.99.2008 und den proximalen schrägen Abschluss 17.99.99.2026)				
17.00.06.1201	Beinstück kurz KKL 1 / KKL 2, Längen D - F / E - G / F - G nach Maß, flachgestrickt, incl. anatomischen Abschluss	00/04	68,25 €	1	X
17.00.06.1202	Beinstück kurz KKL 3 / KKL 4, Längen D - F / E - G / F - G nach Maß, flachgestrickt, incl. anatomischen Abschluss	00/04	73,35 €	1	X
<b>17.00.06.14xx</b>	<b>Beinstück (Stulpe) halb nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den Haftrand 17.99.99.2008 und den proximalen schrägen Abschluss 17.99.99.2026)				
17.00.06.1401	Beinstück halb KKL 1 / KKL 2, Längen B - D / C - F / D - G nach Maß, flachgestrickt, incl. anatomischen Abschluss	00/04	92,22 €	1	X
17.00.06.1402	Beinstück halb KKL 3 / KKL 4, Längen B - D / C - F / D - G nach Maß, flachgestrickt, incl. anatomischen Abschluss	00/04	97,32 €	1	X
<b>17.00.06.16xx</b>	<b>Beinstück (Stulpe) lang nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den Haftrand 17.99.99.2008 und den proximalen schrägen Abschluss 17.99.99.2026)				
17.00.06.1601	Beinstück Lang KKL 1 / KKL 2, Längen B - G / B - F / C - G nach Maß, flachgestrickt, incl. anatomischen Abschluss	00/04	123,28 €	1	X
17.00.06.1602	Beinstück Lang KKL 3 / KKL 4, Längen B - G / B - F / C - G nach Maß, flachgestrickt, incl. anatomischen Abschluss	00/04	130,86 €	1	X

Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - flachgestrickte Kompressionsstrümpfe)

<b>17.06.16.</b>	<b>Med. Kompressionsschenkelstrümpfe nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den Hafrand 17.99.99.2008, den distalen schrägen Fußabschluss 17.00.99.9906 und den proximalen schrägen Abschluss bei D und G 17.99.99.2026)				
17.06.16.0	Schenkelstrumpf KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	167,91 €	1	X
17.06.16.1	Schenkelstrumpf KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	169,75 €	1	X
17.06.16.2	Schenkelstrumpf KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	174,46 €	1	X
17.06.16.3	Schenkelstrumpf KKL. IV, nach Maß, flachgestrickt	00/04	173,74 €	1	X
	<b>Med. Kompressionsstrumpfhosen – <u>Einbein</u> - nach Maß, flachgestrickt</b>				
	Die Einbein-Kompressionshosen setzt sich aus den Gebührenpositionen <b>17.06.16.xxxx</b> und dem Zubehör <b>17.99.99.2009</b> (Arbeitszeit incl.) zusammen.	00/04	entsprechend KKL 17.06.16.xxxx	1	X
<b>17.06.17.</b>	<b>Med. Kompressionsstrumpfhosen nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten den distalen schrägen Fußabschluss 17.00.99.9906 und die Slipform 17.99.99.2026)				
17.06.17.0	Strumpfhosen KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	473,03 €	1	X
17.06.17.1	Strumpfhosen KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	479,07 €	1	X
17.06.17.2	Strumpfhosen KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	496,12 €	1	X
17.06.17.3	Strumpfhosen KKL. IV, nach Maß, flachgestrickt	00/04	495,32 €	1	X
<b>17.06.18.</b>	<b>Med. Kompressions-Caprihosen nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten die Slipform 17.99.99.2026)				
17.06.18.0	Caprihosen KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	393,77 €	1	X
17.06.18.1	Caprihosen KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	393,15 €	1	X
17.06.18.2	Caprihosen KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	410,85 €	1	X
17.06.18.3	Caprihosen KKL. IV, nach Maß, flachgestrickt	00/04	439,26 €	1	X

Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - flachgestrickte Kompressionsstrümpfe)

<b>17.06.19.</b>	<b>Med. Kompressionsbermudahosen (E-T) nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten die Slipform 17.99.99.2026)				
17.06.19.0	Bermudahosen KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	330,18 €	1	X
17.06.19.1	Bermudahosen KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	326,53 €	1	X
17.06.19.2	Bermudahosen KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	336,10 €	1	X
17.06.19.3	Bermudahosen KKL. IV, nach Maß, flachgestrickt	00/04	337,52 €	1	X
<b>17.06.21.</b>	<b>Medizinische Kompressionsleggings (B-T), Maßanfertigung, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten die Slipform 17.99.99.2026)				
17.06.21.0	Leggings KKL I, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	397,40 €	1	X
17.06.21.1	Leggings KKL II, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	400,90 €	1	X
17.06.21.2	Leggings KKL III, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	411,80 €	1	X
17.06.21.3	Leggings KKL IV, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	427,40 €	1	X
<b>17.06.22.</b>	<b>Medizinische Kompressionsradlerhosen (F-T) , Maßanfertigung, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten die Slipform 17.99.99.2026)				
17.06.22.0	Kompressionsradlerhose KKL I, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	316,46 €	1	X
17.06.22.1	Kompressionsradlerhose KKL II, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	321,77 €	1	X
17.06.22.2	Kompressionsradlerhose KKL III, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	330,25 €	1	X
17.06.22.3	Kompressionsradlerhose KKL IV, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	342,90 €	1	X
<b>17.99.99.0</b>	<b>Abrechnungsposition für Zubehör (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.99.99.0002	Kompressionspelotten incl. Tasche	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.00.99.0002	Pelotten für lymphologische Versorgungen inklusiv Einarbeitung Nicht zusammen mit der Pos. 17.99.99.0002 abrechenbar	12	37,49 €	1	X

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - flachgestrickte Kompressionsstrümpfe)

<b>17.99.99.2</b>	<b>Abrechnungspositionen für Zuschläge/Zusätze (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.99.99.2004	Komprimierendes Zehenteil/Zehenkappe	12	189,00 €	1	X
17.99.99.2006	Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	X
17.99.99.2007	Hüftbefestigung für Stumpfstrümpfe	12	keine Berechnung da in 17.06.05. enthalten	1	X
17.99.99.2008	Hafttrand – ansetzbar bei A – F / A –G. Bei A-D Strümpfen nur wenn cC-Maß kleiner oder gleich cD-Maß; keine explizite ärztl. Verordnung notwendig	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	X
17.99.99.2009	Einbeinhosenteil (Beinring)	12	190,00 €	1	X
17.99.99.2015	Reißverschluss am Beinstrumpf	12	33,60 €	1	X
17.99.99.2016	Haftbandstücke oder Segmente aus Silikonknoppen in vergleichbarer Größe auf der Innenseite aufgespritzt (Antirutsch-Noppen) geben zusätzlichen Halt und verhindern dadurch das Rutschen der Versorgung, dass unter besonderen Umständen trotz exakter Passform alternativ nicht verhindert werden kann, z. B. bei ausgeprägter konischer Arm- oder Beinform, extrem weichem lockerem Bindegewebe oder sehr schlanker Arm- oder Beinformen mit konkaven Radien. Ansetzbar bei A-G, A-D, A-T, Armversorgungen und mehrteiligen Beinversorgungen.	12	9,45 €	1	X
17.99.99.2017	Hodensack Gilt auch für kompressives Suspensorium	12	26,25 €	1	X
17.99.99.2018	Eingriff	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	X
17.99.99.2019	Schwangerschaftshosenteil	12	16,51 €	1	X

(Fortsetzung auf der Folgeseite)



(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - flachgestrickte Kompressionsstrümpfe)

17.99.99.2020	Stomaöffnung	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	X
17.99.99.2025	Geschlossene Fußspitze verhindert während des Gehens das Rutschen des Strumpfes in den Ristbereich und damit schmerzhaft Faltenbildung sowie Ödeme im Fußrücken- und Zehenbereich - bei mobilen Patienten oder bei versch. Fußdeformationen. Ist auch in Kombination mit einer y-/Risteinkehre falls erforderlich ansetzbar.	12	8,40 €	1	X
17.00.99.9902	Offenes Leibteil – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20%	1	X
17.00.99.9903	Eingebetter Schlitz – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20%	1	X
17.00.99.9904	Schritt offen – Aufpreis zur Strumpfhose	12	EK + 20%	1	X
17.00.99.9905	Baumwollqualität = Aufschlag in Höhe von 10 % auf die Grundposition des Strumpfes ohne Zusätze	12	+ 10 %	1	X
17.99.99.2031	Futterstoff, eingearbeitet (inkl. Arbeitszeit und Tasche) reduziert vor allem in Beugebereichen von Gelenken oder gefährdeten Körperstellen die Reibung und die mechanische Belastung – Hautirritationen und Druckstellen werden verringert. Sie dienen außerdem der Abpolsterung von Hautfalten oder -überlappungen, knöchernen Vorsprüngen, empfindlichen Hautarealen und prominenten Sehnenstrukturen. Futterstoffe sind je Gelenk- oder Gefährdungsbereich auch in Kombination mit einer Einkehr im Rist-, Knie-, oder Ellenbogenbereich ansetzbar.	12	21,21 €	1	X
17.99.99.2030	90 Grad Fuß Stellung/y-Einkehr dienen der Verminderung der Faltenbildung im Ristbereich, verhindert Abschnürungen und erhöht die Gelenkfunktionalität, ist z. B. bei Bewegungseinschränkungen oder Versteifungen des Sprunggelenkes, bei Schmerzzuständen durch entstehende Faltenbildung der Versorgung im Rist, bei prominenten Extensorsehnen, sowie vorhandener Hautfalten bei Y und ausgeprägter anatomischer Ferse ansetzbar.	12	16,28 €	1	X
17.99.99.2028	Knieentlastung / Ellipsenform /Kniefunktionszone nur bei immobilen Patienten (z.B. Rollstuhlfahrer) oder Arthrose und starke Schmerzzustände	12	16,28 €	1	X
17.99.99.2027	Oberbeinerhöhung, ansetzbar bei A-G und allen Hosenvarianten ventrolaterale Erhöhung bei voluminösem, ödembetonten Oberschenkel, und/oder weichem Gewebe; Ausgleich von deutlichem Längenunterschied zw. G und K Messpunkt	12	15,75 €	1	X

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17A / 17A4 - flachgestrickte Kompressionsstrümpfe)

	<b>Arbeitszeiten</b>				
17.00.99.9991	Arbeitszeit pro Minute exkl. 19 % MwSt.	00	0,88 €	1	X
17.00.99.9990	Hausbesuch, wenn ärztlich verordnet und medizinisch notwendig	00	30,00 €	1	X

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Soweit in der vorgenannten Preisliste auf den Festbetrag gemäß § 36 SGB V verwiesen wird, gelten die vom GKV-Spitzenverband nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträge in der jeweils gültigen Fassung.

**Anlage 2d**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**  
**VB 17B / 17B8 - Vergütung für rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe**

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.-Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
<b>17.10.01.</b>	<b>Med. Kompressionsarmstrümpfe, Serienfertigung</b>				
17.10.01.0	Armstrümpfe KKL. I, Serienfertigung	00/04	EK + 20% + 35 Min.	1	Genehmi- gungsfrei bis 70 € netto
17.10.01.1	Armstrümpfe KKL. II, Serienfertigung	00/04			
17.10.01.2	Armstrümpfe KKL. III, Serienfertigung	00/04			
<b>17.10.03.</b>	<b>Med. Kompressionsarmstrümpfe nach Maß, rundgestrickt</b>				
17.10.03.0	Armstrümpfe KKL. I, nach Maß, rundgestrickt	00/04	EK + 20% + 35 Min.	1	Genehmi- gungsfrei bis 90 € netto
17.10.03.1	Armstrümpfe KKL. II, nach Maß, rundgestrickt	00/04			
17.10.03.2	Armstrümpfe KKL. III, nach Maß, rundgestrickt	00/04			

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Soweit in der vorgenannten Preisliste „analog Festbetrag gemäß § 36 SGB V“ ausgewiesen ist, gelten die vom GKV-Spitzenverband nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträge in der jeweils gültigen Fassung.

**Anlage 2e**  
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB

**VB 17B / 17B8 - Vergütung für flachgestrickte Kompressionsarmstrümpfe**

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw. Kenn- zeichen	Preis in € netto	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
<b>17.10.04.</b>	<b>Med. Kompressionsarmstrümpfe nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten proximalen schrägen Abschluss und Haftrand)				
17.10.04.0	Armstrümpfe KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	144,94 €	1	X
17.10.04.1	Armstrümpfe KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	156,51 €	1	X
17.10.04.2	Armstrümpfe KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	152,76 €	1	X
<b>17.10.05.</b>	<b>Med. Kompressionsunterarmstrümpfe nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhaltet Haftrand)				
17.10.05.0	Unterarmstrumpf KKL. I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	84,00 €	1	X
17.10.05.1	Unterarmstrumpf KKL. II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	84,00 €	1	X
17.10.05.2	Unterarmstrumpf KKL. III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	84,00 €	1	X
<b>17.10.06.</b>	<b>Med. Kompressionsarmstrümpfe mit Handteil, nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhalten proximalen schrägen Abschluss und Haftrand)				
17.10.06.0	Armstrümpfe mit Handteil KKL I, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	EK + 20% + 160 Min.	1	X
17.10.06.1	Armstrümpfe mit Handteil KKL II, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	EK + 20% + 160 Min.	1	X
17.10.06.2	Armstrümpfe mit Handteil KKL III, Maßanfertigung, flachgestrickt	00/04	EK + 20% + 160 Min.	1	X

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17B / 17B8 - flachgestrickte Kompressionsarmstrümpfe)

<b>17.10.07.</b>	<b>Med. Kompressionsunterarmstrümpfe mit Handteil, nach Maß, flachgestrickt</b> (diese Positionen beinhaltet Haftrand)				
17.10.07.0	Unterarmstrümpfe mit Handteil KKL I, nach Maß, flachgestrickt	00/04	EK + 20% + 105 Min.	1	X
17.10.07.1	Unterarmstrümpfe mit Handteil KKL II, nach Maß, flachgestrickt	00/04	EK + 20% + 105 Min.	1	X
17.10.07.2	Unterarmstrümpfe mit Handteil KKL III, nach Maß, flachgestrickt	00/04	EK + 20% + 105 Min.	1	X
<b>17.11.02.</b>	<b>Thorax-Lymphödem-Kompressionsbandage</b>				
17.11.02.0	Thorax-Lymphödem-Kompressionsbandage	00/04	EK + 20% + 260 Min.	1	X
<b>17.17.02.</b>	<b>Kopf-Lymphödem- Kompressionsbandage</b>				
17.17.02.0	Kopf-Lymphödem- Kompressionsbandage	00/04	EK + 20% + 160 Min.	1	X
<b>17.99.99.0</b>	<b>Abrechnungsposition für Zubehör (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.99.99.0002	Kompressionspelotten incl. Tasche	12	Festbetrag gemäß § 36 SGB V	1	
17.00.99.0002	Pelotten für lymphologische Versorgungen inklusiv Einarbeitung Nicht zusammen mit der Pos. 17.99.99.0002 abrechenbar	12	37,49 €	1	X
<b>17.99.99.2</b>	<b>Abrechnungspositionen für Zuschläge/Zusätze (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.99.99.2010	Handteil für Armstrümpfe mit Daumenöffnung	12	EK + 20% + 30 Min	1	X
17.99.99.2011	Handteil für Armstrümpfe mit Daumenansatz	12	78,75 €	1	X
17.99.99.2012	Handteil für Armstrümpfe mit Daumen und Fingern	12	168,00 €	1	X
17.99.99.2013	Schulterbefestigung/Kappe für Armstrümpfe	12	24,93 €	1	X

(Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17B / 17B8 - flachgestrickte Kompressionsarmstrümpfe)

17.99.99.2014	Reißverschluss am Armstrumpf Auch ansetzbar für Reißverschluss an der Hand	12	33,60 €	1	X
17.99.99.2022	Bolero	12	EK + 20% + 30 Min	1	X
17.99.99.2023	Komprimierender Fingerling	12	EK + 20% + 30 Min	1	X
17.00.99.9905	Baumwollqualität = Aufschlag in Höhe von 10 % auf die Grundposition des Strumpfes ohne Zusätze	12	+ 10 %	1	X
17.99.99.2031	Futterstoff, eingearbeitet (inkl. Arbeitszeit) reduziert vor allem in Beugebereichen von Gelenken oder gefährdeten Körperstellen die Reibung und die mechanische Belastung – Hautirritationen und Druckstellen werden verringert. Sie dienen außerdem der Abpolsterung von Hautfalten oder -überlappungen, knöchernen Vorsprüngen, empfindlichen Hautarealen und prominenten Sehnenstrukturen. Futterstoffe sind je Gelenk- oder Gefährdungsbereich auch in Kombination mit einer Einkehr im Rist-, Knie-, oder Ellenbogenbereich ansetzbar.	12	21,21 €	1	X
17.99.99.2029	Funktionszone Ellenbogen, vermehrte Einkehr (Arm)	12	EK + 20%	1	X
17.00.99.9913	Schräger Abschluss bei Handteil Ansetzbar, wenn Versorgung nur mit Handschuh erfolgt	12	EK + 20%	1	X
	<b>Arbeitszeiten</b>				
17.00.99.9991	Arbeitszeit pro Minute exkl. 19 % MwSt.	00	0,88 €	1	X
17.00.99.9990	Hausbesuch, wenn ärztlich verordnet und medizinisch notwendig	00	30,00 €	1	X







Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

Soweit in der vorgenannten Preisliste „analog Festbetrag gemäß § 36 SGB V“ ausgewiesen ist, gelten die vom GKV-Spitzenverband nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträge in der jeweils gültigen Fassung.





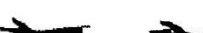





**Anlage 2f**  
zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB

**17C; 17D - Vergütung für Hilfsmittel zur Narbenkompression**

Positionsnummer*	Bezeichnung	Verw.- Kennzeichen	Preis in € netto EK**+ 20 % +AZ	MwSt.	Genehmi- gungspflicht
<b>17.06.06.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression Bein</b>				
17.06.06.0	Narbenkompressionsbandagen <b>Bein</b>				
	Narbenkompressions-Bermudahose	00/04	EK + 20 % + 140 Min	1	X
	Narbenkompressions-Caprihose	00/04	EK + 20 % + 160 Min	1	X
	Narbenkompressionsstrumpf, unterschenkellang, AD, offen oder geschlossene Fußspitze	00/04	EK + 20 % + 80 Min	1	X
	Narbenkompressionsstrumpf, Oberschenkellang, AG, offene oder geschlossene Fußspitze	00/04	EK + 20 % + 100 Min	1	X
	Narbenkompressions-Strumpfhose, AT, offene oder geschlossene Fußspitze	00/04	EK + 20 % + 220 Min	1	X
	Narbenkompressions-Einbeinhose, offene oder geschlossene Fußspitze	00/04	EK + 20 % + 150 Min	1	X

*Fortsetzung auf der Folgeseite)*












(Fortsetzung VB 17C + 17D – Narbenkompression)

<b>17.07.01.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression Hand</b>				
17.07.01.0	Narbenkompressionsbandagen <b>Hand</b>				
	Narbenkompressionsfingerling	00/04	EK + 20 % + 30 Min	1	X
	Narbenkompressionshandschuh mit Daumenansatz ohne Finger bis C1	00/04	EK + 20 % + 90 Min	1	X
	Narbenkompressionshandschuh mit Daumenansatz ohne Finger bis E	00/04	EK + 20 % + 120 Min	1	X
	Narbenkompressionshandschuh mit Daumenansatz, alle Schaftlängen	00/04	EK + 20 % + 100 Min	1	X
	Narbenkompressionshandschuh mit Daumen- und Fingeransätzen, offen oder geschlossen, alle Schaftlängen	00/04	EK + 20 % + 125 Min	1	X
<b>17.10.02.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression Arm</b>				
17.10.02.0	Narbenkompressionsbandagen <b>Arm</b>				
	Narbenkompressionsunterarmstrumpf CE	00/04	EK + 20 % + 48 Min	1	X
	Narbenkompressionsoberarmstrumpf E-H/G1 mit Schulterklappe/-schräge	00/04	EK + 20 % + 75 Min	1	X
	Narbenkompressionsarmstrumpf	00/04	EK + 20 % + 90 Min	1	X
	Narbenkompressionsarmstrumpf bis G mit Handteil und Daumenansatz, ohne Finger	00/04	EK + 20 % + 156 Min	1	X
	Narbenkompressionsarmstrumpf bis E-H/G1 mit Schulterklappe/-schräge	00/04	EK + 20 % + 100 Min	1	X

Fortsetzung auf der Folgeseite)







(Fortsetzung VB 17C + 17D – Narbenkompression)

	Narbenkompressionsstrumpf bis E-H/G1 mit Schulterklappe/-schräge mit Handteil und Daumenansatz, ohne Finger	00/04	EK + 20 % + 168 Min	1	X
	Narbenkompressionsarmstrumpf bis G, mit Handteil, Daumen- und Fingeransatz, offen oder geschlossen	00/04	EK + 20 % + 192 Min	1	X
<b>17.11.01.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression Leib / Rumpf</b>				
17.11.01.0	Narbenkompressionsbandagen <b>Leib / Rumpf</b>				
	Narbenkompressionsweste, ärmellos	00/04	EK + 20 % + 205 Min	1	X
	Narbenkompressionsweste, halber Arm	00/04	EK + 20 % + 240 Min	1	X
	Narbenkompressionsweste, langer Arm	00/04	EK + 20 % + 280 Min	1	X
	Narbenkompressionsbody, ärmellos	00/04	EK + 20 % + 240 Min	1	X
	Narbenkompressionsbody, halber Arm	00/04	EK + 20 % + 275 Min	1	X
	Narbenkompressionsbody, langer Arm	00/04	EK + 20 % + 315 Min	1	X
	Narbenkompressionsbody ärmellos, mit Beinansatz	00/04	EK + 20 % + 270 Min	1	X
	Narbenkompressionsbody mit halbem Arm, mit Beinansatz	00/04	EK + 20 % + 305 Min	1	X
	Narbenkompressionsbody mit langem Arm, mit Beinansatz	00/04	EK + 20 % + 345 Min	1	X

Fortsetzung auf der Folgeseite)

(Fortsetzung VB 17C + 17D – Narbenkompression)

<b>17.17.01.</b>	<b>Hilfsmittel zur Narbenkompression Kopf</b>				
17.17.01.0	Narbenkompressionsbandagen <b>Kopf</b>				
	Narbenkompressionsgesichtsmaske, offen	00/04	EK + 20 % + 180 Min	1	X
	Narbenkompressions-Hals-Kinn-Bandage	00/04	EK + 20 % + 108 Min	1	X
	Narbenkompressionskragen / Paulinchenrolle	00/04	EK + 20 % + 120 Min	1	X
	Narbenkompressionsgesichtsmaske, geschlossen	00/04	EK + 20 % + 200 Min	1	X
17.17.01.1	Keloid - Kompressionsschienen	00/04	KV	1	X
<b>17.99.99.0</b>	<b>Abrechnungsposition für Zubehör (Zubehör muss medizinisch begründet sein)</b>				
17.00.99.0003	Zusätze, individuelle Pelotten und/oder individuell Änderungen in eigener Werkstatt (nur bei Nachweis BUFA – Seminar)	12	EK + 20% + AZ	1	X
	<b>Arbeitszeiten</b>				
17.00.99.9991	Arbeitszeit pro Minute exkl. 19 % MwSt.	00	0,88 €	1	X
17.00.99.9990	Hausbesuch, wenn ärztlich verordnet	00	30,00 €	1	X

Mehrwertsteuer: 1 = voller MwSt.-Satz, 2 = ermäßigter MwSt.-Satz

\* Die fehlenden Ziffern bei den Produktarten sind durch die letzten drei Ziffern des jeweiligen Produkts zu ergänzen.

\*\* Der EK beinhaltet alle medizinisch notwendigen Zusätze. Eine Abrechnung derselben neben der Grundposition ist nicht vorgesehen.

Soweit in der vorgenannten Preisliste „analog Festbetrag gemäß § 36 SGB V“ ausgewiesen ist, gelten die vom GKV-Spitzenverband nach § 36 SGB V festgesetzten Festbeträge in der jeweils gültigen Fassung.

**Anlage 3**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**

**Mehrkostenerklärung des Versicherten**  
**(mit Dokumentation über die Beratung nach § 127 Abs. 4a SGB V)**

Zur Verordnung:

\_\_\_\_\_  
Arzt – Nr.

\_\_\_\_\_  
Verordnung - Datum

Versorgender Leistungserbringer

\_\_\_\_\_  
IK-Nummer

\_\_\_\_\_  
Institut

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel

Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

Ich bestätige hiermit, dass mich mein gewählter Leistungserbringer vor der Versorgung mit dem/den verordneten Hilfsmittel/n, mithin vor Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 33 Abs.1 S.1 u. 4 SGB V, umfassend beraten hat.

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

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

Die Mehrkosten betragen: \_\_\_\_\_ EUR.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r

## **Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**

### **Werbung**

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

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

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

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

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

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

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

**Anlage 5**  
**zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB**  
**Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 15 02817)**

**Beitrittserklärung**

\_\_\_\_\_  
(Name des Leistungserbringers)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl und Ort)

\_\_\_\_\_  
(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir ab \_\_\_\_\_ meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und dem Fachverband für Orthopädie-Technik und Sanitätsfachhandel Bayern e.V. zum 01.11.2017 geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie. Ich/Wir versorge/n in den folgenden vom Vertrag umfassten Versorgungsbereichen:

- Anziehhilfen – Versorgungsbereich 02A  
(für Präqualifizierungen ab dem 01.01.2015 im VB 17A4 integriert)
  
- rundgestrickte Kompressionsstrümpfe – Versorgungsbereich 17A / 17A4
- flachgestrickte Kompressionsstrümpfe – Versorgungsbereich 17A / 17A4
  - Zertifikat für flachgestrickte Kompressionsstrümpfe liegt bei
- rundgestrickte Kompressionsarmstrümpfe – Versorgungsbereich 17B / 17B8
- flachgestrickte Kompressionsarmstrümpfe – Versorgungsbereich 17B / 17B8
  - Zertifikat für flachgestrickte Kompressionsarmstrümpfe liegt bei

(Seite 1 von 2)

Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie mit dem FAB  
(AC/TK 15 02817)

- Hilfsmittel zur Narbenkompression – Versorgungsbereich 17C / 17D
- Hersteller-Zertifikat für Hilfsmittel zur Narbenkompression liegt bei
- BUFA - Zertifikat für Hilfsmittel zur Narbenkompression liegt bei  
(inkl. Zubehör, Zusätze und/oder individuelle Änderungen in eigener Werkstatt)

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

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 13 Abs. 4 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

Die AOK Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.

(Seite 2 von 2)