

RAHMENVERTRAG Schuhe PG 31 2022

zwischen der

**BARMER, Hauptverwaltung
Lichtscheider Str. 89,
42285 Wuppertal
- im Folgenden BARMER genannt -**

und der

**Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg
- im Folgenden TK genannt -**

und der

**HEK - Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86 - 90
22041 Hamburg
- im Folgenden HEK genannt -**

und der

**Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik
Pfälzer-Wald-Str. 32
81539 München
- im Folgenden Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband genannt -**

**Im Text wird aus Gründen der Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer
alle Geschlechter angesprochen.**

Präambel

Die BARMER, die TK und die HEK (im Folgenden Krankenkassen genannt) kooperieren bei der Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 (Schuhe). Soweit nichts Abweichendes geregelt ist, gelten die Ausführungen in diesem Rahmenvertrag und ihren Anlagen gleichermaßen für die Versorgung der Versicherten der genannten Krankenkassen. Wird im Folgenden von Versicherten gesprochen, sind damit die Versicherten der vorgenannten Krankenkassen gemeint. Die Versorgung der Versicherten nach Maßgabe dieses Rahmenvertrages inkl. Anlagen erfolgt jeweils ausschließlich im Verhältnis zwischen den jeweiligen Krankenkassen und deren jeweiligen Versicherten.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten mit den in den Anlagen aufgeführten Produkten zwischen den Krankenkassen einerseits sowie der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband und ihrer angeschlossenen Mitglieds-/Partnerbetriebe (im Folgenden Mitgliedsbetriebe genannt) andererseits. Die an dem Vertrag teilnehmenden Mitgliedsbetriebe sind zur Abgabe der verordneten Hilfsmittel zu den Bedingungen dieses Vertrages nebst seinen Zusätzen und der vereinbarten Anlagen verpflichtet. Die Mitgliedsbetriebe werden ebenfalls Vertragspartner dieses Rahmenvertrages. Soweit die Mitgliedsbetriebe nicht bei Vertragsschluss ohnehin durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband vertreten werden, kommt der Vertrag durch Teilnahmeerklärung des betreffenden Mitgliedsbetriebes zu dem Rahmenvertrag gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband, jedenfalls aber durch Meldung der Teilnahme des Mitgliedsbetriebes nach Ziffer 3 zu mindestens einer der Anlagen dieses Rahmenvertrages zustande. Die Beendigung der Mitgliedschaft in der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband stellt den Eintritt einer auflösenden Bedingung dar.
2. Für alle in dieser Vereinbarung geregelten Produktgruppen bzw. Produktarten gilt für Verordnungen von Versicherten der Krankenkassen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausschließlich dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen sowie Anhängen oder Zusätzen. Maßgeblich ist das Datum der Verordnung. Die Abgabe von Leistungen aus den in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelten Produktgruppen bzw. Produktarten an Versicherte der Krankenkassen zu deren Lasten nach anderen Regelungen ist ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages ausgeschlossen. Dies gilt selbst dann, wenn die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband oder ein Mitgliedsbetrieb bezüglich einzelner in den nach diesem Vertrag vorgesehenen Anlagen geregelten Produktgruppen bzw. Produktarten keine Vereinbarung nach Maßgabe dieses Vertrages mit der jeweiligen Krankenkasse eingeht.
3. Hinsichtlich des Meldeverfahrens zu Vertragsteilnehmern und Versorgungsgebieten ist für die BARMER Zusatz A2 zu beachten. Für die TK und die HEK sind Ziffern 4 - 7 zu beachten.
4. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband stellt der TK und der HEK spätestens 14 Tage vor Vertragsbeginn jeweils eine Teilnehmerliste der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Hauptbetriebe und deren Filialen zur Verfügung. Die Teilnehmerliste ist mittels der durch die TK zur Verfügung gestellten Vorgabedatei im Rahmen der darin vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form in einem Windows™ kompatiblen Programm (als Excel-Datei) jeweils der TK und der HEK zu übermitteln.
5. Neue Mitgliedsbetriebe sowie neue Filialen teilnehmender Mitgliedsbetriebe müssen der TK und der HEK 4 Wochen vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband gemeldet werden. Diese Meldung ist ebenfalls in der vorgegebenen Struktur (gemäß § 1 Ziffer 4) in elektronischer Form der TK und der HEK zu übermitteln. Das Ausscheiden eines Mitgliedsbetriebes bzw. einer Filiale eines teilnehmenden Mitgliedsbetriebes ist der TK und der HEK ebenfalls durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband unverzüglich in der in Ziffer 4 beschriebenen Dateiform elektronisch zu übermitteln.
6. Darüber hinaus werden für jeden Mitgliedsbetrieb sowie jede Filiale die Versorgungsgebiete gemäß der vorgegebenen Struktur und Inhalte in elektronischer Form erstellt und durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband 14 Tage vor Vertragsbeginn an die TK und die HEK übermittelt. Änderungen sind der TK und der HEK unverzüglich durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.
7. Die TK und die HEK haben das Recht, in begründeten Fällen der Teilnahme einzelner Mitgliedsbetriebe oder einzelner Filialen an diesem Rahmenvertrag zu widersprechen. Die Begründung erfolgt gegenüber dem einzelnen Mitgliedsbetrieb. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband wird entsprechend informiert.
8. Die Zusätze A1, A2, A3 und A4 zum Vertrag sind zwingender Bestandteil des Vertrages und gelten mit Unterzeichnung des Rahmenvertrages als vereinbart. Folgende Anlagen sind nach diesem Vertrag vorgesehen:
 - Anlage 1 PG 31 - Allgemeine Anlage zum Rahmenvertrag PG 31 Schuhe
 - Anhang 1 PG 31 - Vergütungsliste orthopädische Maßschuhe
 - Anhang 2 PG 31 - Vergütungsliste Zurichtungen
 - Anhang 3 PG 31 - Vergütungsliste Therapieschuhe

Sie berechnen jedoch nur zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen, soweit sie auch vereinbart sind.

9. Zwischen den Parteien werden folgende Anlagen entsprechend der Abgabeberechtigung der teilnehmenden Betriebe vereinbart:

- Anlage 1 PG 31 - Allgemeine Anlage zum Rahmenvertrag PG 31 Schuhe
 - Anhang 1 PG 31 - Vergütungsliste orthopädische Maßschuhe
 - Anhang 2 PG 31 - Vergütungsliste Zurichtungen
 - Anhang 3 PG 31 - Vergütungsliste Therapieschuhe
10. Etwaige Ergänzungen oder Änderungen des Vertrages sowie der Anlagen bedürfen der Schriftform. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen, insbesondere AGB der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband sowie der Mitgliedsbetriebe werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den Vertragsbestandteilen wie auch mündliche Abreden gelten nur, wenn die jeweilige Krankenkasse sie schriftlich bestätigt hat.
11. Alle Vertragsparteien sind sich einig, dass mit der Auftragserteilung, Beaufsichtigung, Leistungserbringung, Abnahme oder sonst mit der Abwicklung der Lieferung/Leistung betrauten Mitarbeitern von Dritten weder unmittelbar noch mittelbar persönliche Vorteile irgendwelcher Art angeboten, versprochen oder verschafft werden dürfen.
12. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.
13. Organisatorische oder strukturelle Veränderungen der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband und/oder der Mitgliedsbetriebe
- gemäß der Teilnehmerliste (vgl. Ziffer 4) mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (z.B. Umzug) müssen der TK und der HEK umgehend schriftlich mitgeteilt werden.
 - mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (z.B. Zusammenschluss zweier Firmen) müssen der BARMER umgehend schriftlich mitgeteilt werden. Ausgenommen sind Veränderungen, die bereits über das strukturierte Meldeverfahren nach Zusatz A2 für die BARMER erfolgen.
14. Standardisierte Formulare, Erklärungen oder Anschreiben, welche die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband sowie deren Mitgliedsbetriebe gegenüber den Versicherten der Krankenkassen einzusetzen beabsichtigt und die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen, sind vor dem Einsatz mit den Krankenkassen abzustimmen. Ausgenommen sind die nach § 1 Ziffer 15 geregelten Anhänge. Die Grundsätze zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sind zu beachten.
15. In diesem Vertrag und seinen Anhängen/Anlagen festgelegte Formen und Inhalte für Listen, Übersichten, Erklärungen etc. sind in der vereinbarten Form und mit dem vereinbarten Inhalt unverändert einzusetzen. Eigene Formulare der Mitgliedsbetriebe sind erlaubt, sofern die Inhalte mit den Formularen der Krankenkassen inhaltlich übereinstimmen und dieser Vertrag keine verbindliche Form vorgibt. Ist ein Formular in diesem Vertrag ausdrücklich als „Muster“ gekennzeichnet, ist keine verbindliche Form vorgegeben. Die Verwendung von digitalen Formularen, digitalen Unterschriften sowie die digitale Archivierung sind grundsätzlich zulässig, soweit dieser Vertrag sie nicht ausdrücklich ausschließt. Bei digitalen oder analogen Dokumenten, welche gegenüber den Versicherten eingesetzt werden, sind die Grundsätze zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) zu beachten.
16. Rückfragen der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages, die die Abgabe bzw. Abrechnung von Leistungen betreffen, sind von der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband sowie den Mitgliedsbetrieben kostenlos und unverzüglich zu beantworten.

§ 2 Sicherheitsleistung

Sicherheitsleistungen sind für diesen Vertrag nicht vorgesehen.

§ 3 Qualitätsanforderungen

Die Mitgliedsbetriebe sowie deren Filialen haben die Qualitätsanforderungen nach Maßgabe der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Verordnung über die Vertriebswege für Medizinprodukte (MPVertrV), der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR), den DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), den Hygiene-Sterilvorschriften und dem Arbeitssicherheitsgesetz sowie die Vorgaben aus dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V einzuhalten.

§ 4 Leistungsvoraussetzungen

1. Jeder Mitgliedsbetrieb sowie dessen Filialen haben die Voraussetzungen des § 126 SGB V für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in Form der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen. Sie haben diese Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln bzw. eine Änderung der Grundeignung durch Vorlage einer Bestätigung einer nach dieser Vorschrift geeigneten Stelle ihrer Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband gegenüber nachzuweisen. Das Zertifikat der Präqualifizierungsstelle ist den Krankenkassen auf Verlangen vorzulegen. Der Mitgliedsbetrieb hat das Vorliegen der vorstehenden Leistungsvoraussetzungen während des gesamten Vertragszeitraumes sicherzustellen.

2. Soweit und solange die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen in der jeweils geltenden Fassung durch den Mitgliedsbetrieb bzw. einzelne seiner Filialen nicht erfüllt werden, entfällt grundsätzlich

die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten der Krankenkassen abzugeben.

3. Sollte eine Voraussetzung nicht erfüllt sein oder nachträglich entfallen, hat der Mitgliedsbetrieb die zuständige Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich zu informieren und diese Information zu dokumentieren. Die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages abzugeben, besteht im Ausnahmefall für die von der Präqualifizierungsstelle im individuellen Fall eingeräumte Übergangsfrist weiter. Die Abgabeberechtigung endet mit Ablauf der Übergangsfrist, soweit die Voraussetzungen der Grundeignung nicht wiederhergestellt sind. Die Krankenkassen sind berechtigt, sowohl die Information des Mitgliedsbetriebes an seine Präqualifizierungsstelle, als auch die daraufhin erteilte Bestätigung der Präqualifizierungsstelle bei Bedarf vom Mitgliedsbetrieb anzufordern. Mitgliedsbetriebe, die bei Vertragsbeginn bzw. bei Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag noch nicht über einen Nachweis der Grundeignung nach § 126 SGB V verfügen, können diesen innerhalb von 3 Monaten nach Vertragsbeginn bzw. nach Teilnahmebeginn vorlegen. Kann der Mitgliedsbetrieb nach Ablauf der Frist die Grundeignung nicht nachweisen, entfällt die Berechtigung, Leistungen nach Maßgabe dieses Vertrages an die Versicherten der Krankenkassen abzugeben.

§ 5 Personelle Anforderungen

1. Die Mitgliedsbetriebe setzen zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein.
2. Die Mitarbeiter der Mitgliedsbetriebe, die mit den Versicherten in Kontakt treten, müssen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.
3. Die Mitgliedsbetriebe stellen sicher, dass jeder Mitarbeiter, der im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung eingesetzt wird, an den vorgeschriebenen Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - a) fachspezifische medizinische Weiterbildung,
 - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
 - c) Handhabung von neuen Produkten,
 - d) spezifische Fortbildungen wie in den Anlagen geregelt.

Die Fortbildungszertifikate des Bundesinnungsverbandes für Orthopädietechnik und des Zentralverbandes für Orthopädieschuhtechnik sowie inhaltlich vergleichbare der Landesverbände Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen (AGOS-Zertifikate) gelten als ausreichend in diesem Sinne.
4. Die Teilnahme an Fortbildungen ist personenbezogen mindestens jedoch betriebsbezogen (AGOS-Zertifikat) zu dokumentieren und der Krankenkassen auf Verlangen nachzuweisen.
5. Die Anforderungen gemäß Ziffer 1 bis 4 gelten auch für externe Personen, die die Mitgliedsbetriebe zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Betreuung einsetzen.

§ 6 Genehmigung

1. Der Leistungsinhalt bestimmt sich im Einzelnen nach den Anlagen dieses Vertrages.
2. Besteht gemäß den Bestimmungen der Anlagen die Verpflichtung zur Einreichung eines Kostenvoranschlages oder einer Versorgungsanzeige, sind die nachfolgenden Regelungen zu beachten.
3. Umfasst die Verordnung (eines Vertragsarztes, eines Krankenhauses oder einer Reha-Einrichtung) mehrere Hilfsmittel, von welchen mindestens ein Hilfsmittel der Genehmigungspflicht unterliegt, sind alle Hilfsmittel dieser Verordnung den Krankenkassen zur Genehmigung vorzulegen.
4. Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen müssen den in den Anlagen genannten Voraussetzungen entsprechen. Insbesondere sind im Kostenvoranschlag bzw. in der Versorgungsanzeige grundsätzlich die vollständige 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer oder die vollständige vertraglich geregelte Abrechnungspositionsnummer, ggf. vertraglich geregelte Positionsnummer für Produktbesonderheiten sowie das Kennzeichen Hilfsmittel und der Leistungserbringergruppenschlüssel anzugeben.
5. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, den Krankenkassen den Kostenvoranschlag bzw. die Versorgungsanzeige in der von den Krankenkassen vorgesehenen elektronischen Form zu übermitteln. Kostenvoranschläge und Versorgungsanzeigen sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu richten. Es gilt insoweit der Zusatz A1 für die BARMER, der Zusatz A3 für die TK bzw. der Zusatz A4 für die HEK zum Rahmenvertrag.
6. Die Krankenkassen behalten sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen bzw. Versorgungsanzeigen die Genehmigung für das konkret betroffene Hilfsmittel bzw. die konkret betroffene Versorgungsleistung zu verweigern und die Kostenvoranschläge bzw. Versorgungsanzeigen einschließlich der eingereichten Unterlagen für das betroffene Hilfsmittel an den Mitgliedsbetrieb zurückzusenden, sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen. Eine erneute Einreichung einer Korrektur ist möglich.
7. ENTFÄLLT.
8. ENTFÄLLT.
9. Besteht für eine Versorgung keine Genehmigungspflicht, ist der Mitgliedsbetrieb zu einer Direktabrechnung gemäß den vertraglichen Regelungen verpflichtet. Die hiervon betroffenen Ausnahmen sind in den jeweiligen Protokollnotizen über die Regelung von Genehmigungsfreigrenzen geregelt.

§ 7 Leistungserbringung

1. Die Lieferung eines Produktes kann, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart ist, nur bei Vorlage einer ärztlichen Originalverordnung durch den Versicherten und nach Bewilligung durch die jeweilige Krankenkasse erfolgen. Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung aus der Übergabe der ärztlichen Verordnung durch den Versicherten besteht erst ab der Auftragserteilung. Für Produkte, die unterhalb der Genehmigungsfreigrenze liegen, gilt die ärztliche Originalverordnung als abrechnungsbegründende Unterlage und ist einer Auftragserteilung gleichzusetzen.

Ein Auftrag ist erteilt, wenn dem Mitgliedsbetrieb die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkassen vorliegt. Bis zu einer Auftragserteilung ist der Mitgliedsbetrieb auf Wunsch des Versicherten oder der Krankenkassen unter Vorlage der Vollmacht des Versicherten jederzeit zur Herausgabe der Verordnung verpflichtet. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können grundsätzlich weder beim Versicherten noch bei der Krankenkasse geltend gemacht werden. Privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten mit dem Ziel, diese Regelung zu umgehen, sind unzulässig.

Besteht der Versicherte ohne medizinische Notwendigkeit ausdrücklich auf die sofortige Versorgung des erforderlichen Hilfsmittels, ist im Einzelfall ausnahmsweise eine privatrechtliche Vereinbarung mit dem Versicherten über die Übernahme der Kosten in Höhe der bei den Krankenkassen beantragten Kosten (bei Kostenvoranschlagspflichtigen Produkten) bzw. des mit den Krankenkassen vereinbarten Preises (bei versorgungsanzeigespflichtigen Produkten) bzw. des Festbetrages bei festbetragsgeregelten Produkten für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen zulässig. Generell nicht erstattungsfähige Zusatzkosten, wie zum Beispiel Expresszuschläge etc., sind in der Vereinbarung mit dem Versicherten separat auszuweisen und als nicht erstattungsfähig durch die Krankenkasse zu kennzeichnen.

Entscheidet sich der Versicherte darüber hinaus für Hilfsmittel oder Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, ist die Vereinbarung über die Zahlung der hierdurch für den Versicherten entstehenden Mehrkosten gesondert gemäß den Regelungen des § 11 Ziffer 5 zu dokumentieren.

2. Voraussetzung für die Abgabe der vertraglich vereinbarten Hilfsmittel ist die vollständig ausgefüllte ärztliche Originalverordnung. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung – sofern nicht medizinische Gründe für eine andere Frist vorliegen – vom Mitgliedsbetrieb aufgenommen worden ist. Verordnungen aus dem Entlassmanagement verlieren 7 Kalendertage nach dem Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit, wenn die Versorgung nicht innerhalb dieses Zeitraumes aufgenommen wurde. Die Versorgung gilt als aufgenommen, wenn der Mitgliedsbetrieb die Verordnung angenommen hat (Datum des Eingangsstempels oder digitaler Zeitstempel).

Der Mitgliedsbetrieb ist zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zur jeweiligen Krankenkasse nicht verpflichtet, wenn diese auf der Verordnung (eines Vertragsarztes, eines Krankenhauses oder einer Reha-Einrichtung) im Feld IK und

Bezeichnung als Kostenträger angegeben ist. Der Zahlungsanspruch richtet sich in diesen Fällen gegen die jeweilige Krankenkasse. Dies gilt nicht bei sichtbaren Änderungen des Kostenträgers zu Lasten der jeweiligen Kasse.

3. Die Auswahl des konkreten Produktes zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten auf Basis der ärztlichen Verordnung obliegt grundsätzlich dem versorgenden Mitgliedsbetrieb. Soweit der Arzt eine Verordnung ausgestellt hat, in der die Produktart nicht bzw. nicht korrekt aufgeführt ist, hat der Mitgliedsbetrieb den Arzt zu kontaktieren, um weitere Informationen zur erforderlichen Produktart zu erhalten. Hat der Arzt ein Einzelprodukt, ggf. unter Angabe der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer, verordnet (Name des Produktes und/oder die Herstellerfirma), ist der Mitgliedsbetrieb nur dann zur Abgabe dieses Produktes verpflichtet, wenn der Arzt über die Diagnose hinaus eine produktbezogene medizinische Begründung für die Versorgung mit diesem Produkt auf der ärztlichen Verordnung angegeben hat.
4. Im Rahmen seiner Beratungspflicht nach § 127 Abs. 5 SGB V ermittelt der Mitgliedsbetrieb den individuellen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung. Der Mitgliedsbetrieb hat im Rahmen seiner Beratungspflicht eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln entsprechend der beim Versicherten vorliegenden individuellen medizinischen Notwendigkeit anzubieten. Näheres ist bei Bedarf in den Anlagen geregelt.
5. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich, die Versicherten der Krankenkassen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen des Vertrages zu versorgen und das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V einzuhalten. Sofern für die Versorgung mehrere gleichartige Produkte geeignet sind, wählt der Mitgliedsbetrieb vorrangig das wirtschaftlichste Produkt, für welches ein Vertragspreis vereinbart worden ist.

Die Krankenkassen sind berechtigt, im Rahmen des § 12 Abs. 1 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungserbringer auf Basis des Versorgungskonzeptes des Erstanbieters einzuholen, soweit kein Vertragspreis festgelegt ist bzw. die vertraglich geschuldete Leistung nicht zum Vertragspreis geliefert wird. Aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Versorgungsauftrag von den Krankenkassen unter Zustimmung des Versicherten insbesondere dann einem anderen Vertragspartner erteilt werden, wenn eine Leistung außerhalb der vertraglichen Konditionen angeboten wird oder der begründete Verdacht besteht, dass eine unwirtschaftliche (Über-) Versorgung angeboten wurde.

6. Versorgungspauschalen -entfällt-
7. Für die Versorgung mit den vereinbarten Produkten sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu berücksichtigen. Hierzu gehört insbesondere die Einhaltung der auf der Verordnung angegebenen Anzahl und Produktart. Weiterhin sind die verordnete Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung) sowie ggf. weitere Hinweise des Arztes zu beachten. Zur Auswahl des geeigneten Hilfsmittels halten die Mitgliedsbetriebe eine aus ihrer Sicht ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte vor.
8. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, den Versicherten oder dessen beauftragten Betreuer zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z.B. Krankenhaus, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung) durchzuführen. Die medizinisch notwendige Nachbetreuung ist zu gewährleisten.
9. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich bei geklärter Kostenübernahme durch die Krankenkassen, Reparaturen - sofern technisch möglich - sowie die Ersatzteilversorgung von Hilfsmitteln durchzuführen. Der Mitgliedsbetrieb stellt sicher, dass erforderliche Reparaturen im Regelfall nach erteilter Genehmigung oder nach Auftragserteilung durch den Versicherten bei bestehender Genehmigungsfreigrenze binnen 3 Werktagen erfolgen. Eine hiervon abweichende individuelle Absprache mit dem Versicherten zum Reparaturzeitpunkt ist zulässig. Grundsätzlich soll die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels oder eine gleichwertige Versorgung beim Versicherten schnellstmöglich erreicht werden.
10. Die Mitgliedsbetriebe verpflichten sich, die Versorgung mit den ärztlich verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich innerhalb von 72 Stunden, bei Ende der 72-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag sicherzustellen, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Geht die Verordnung nachweislich an einem Freitag ein, verlängert sich die Frist um einen Arbeitstag. Gleiches gilt für Reparaturen und Ersatzlieferungen für die gelieferten Hilfsmittel. Im Rahmen des Entlassmanagements ist im Regelfall eine Versorgung bis spätestens zum Entlasstag sicherzustellen. Kann der Mitgliedsbetrieb das Hilfsmittel nicht innerhalb der genannten Fristen zur Verfügung stellen, ist er verpflichtet, den Versicherten hierüber zu informieren. Ist die Verzögerung auf betriebsinterne Gründe zurückzuführen, sind die Krankenkassen zu informieren und der Versorgungsauftrag bzw. die ärztliche Verordnung auf Verlangen des Versicherten unverzüglich an die jeweilige Krankenkasse zurückzugeben. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt. Leiten die Krankenkassen dem Leistungserbringer eine Verordnung weiter, ist der Leistungserbringer verpflichtet, innerhalb von 24 Stunden Kontakt mit dem Versicherten aufzunehmen, bei Ende der 24-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag spätestens am darauffolgenden Werktag, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.
11. Im Falle genehmigungspflichtiger Versorgungsungen erfolgt die Lieferung bzw. Beginn der Versorgung grundsätzlich spätestens 72 Stunden nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkassen beim Mitgliedsbetrieb, bei Ende der 72-Stunden-Frist an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag am darauffolgenden Werktag. Die 72-Stunden-Frist gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung, sofern sich aus den Anlagen nichts anderes ergibt.
12. Der Mitgliedsbetrieb hat zu den üblichen Geschäftszeiten mindestens eine telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen, soweit in den Anlagen nichts anderes geregelt ist. Bei der erstmaligen Versorgung eines Versicherten durch den Mitgliedsbetrieb sind dem Versicherten die entsprechenden Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer, Servicetelefonnummer, Erreichbarkeitszeiten, E-Mail-Adresse, Adresse des Mitgliedsbetriebes) bekannt zu geben.

13. Die Abgabe des Hilfsmittels ist der Krankenkassen per Empfangsbestätigung des Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung nachzuweisen. Quittierungen im Voraus oder Nachhinein sind unzulässig.

Textinhalte der gezeichneten Empfangsbestätigung sind dem Versicherten, dessen gesetzlichen Betreuer oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person als E-Mail zu übermitteln oder als Druck auszuhändigen.

14. Die Abholung eines Hilfsmittels beim Versicherten durch den Mitgliedsbetrieb darf nur aufgrund eines mit dem Versicherten rechtzeitig vereinbarten Abholungstermins erfolgen.
15. Ist für die jeweilige Versorgung eine zweckmäßige Ausführung des Hilfsmittels nicht vorrätig und kann auch nicht kurzfristig beschafft werden, stellt der Mitgliedsbetrieb dem Versicherten ein geeignetes Hilfsmittel bis zur Auslieferung des endgültigen Hilfsmittels für den Versicherten der jeweiligen Krankenkasse kostenlos zur Verfügung. Dies gilt nicht für körpernahe Hilfsmittel, handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung.
16. Entfällt.

§ 8 Produktanforderung

1. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung bindend, sobald die entsprechenden Produktarten veröffentlicht sind oder die Listung eines Produktes im Hilfsmittelverzeichnis als Einzelprodukt erfolgt ist.

Nach Veröffentlichung der Einzelproduktübersichten einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses kommt grundsätzlich nur eine Abgabe von gelisteten Hilfsmitteln in Betracht. Sofern im Einzelfall kein gelistetes Produkt geeignet ist und eine Abgabe eines nicht gelisteten Produktes erfolgen soll, ist der Krankenkassen ein Kostenvoranschlag mit ausführlicher Begründung einzureichen.

Produkte, die trotz bestehender Einzelproduktlistung der Produktgruppe noch über keine Hilfsmittelpositionsnummer verfügen, dürfen nur dann als Leistung zur Verfügung gestellt werden, wenn ein Antrag auf Erteilung einer Hilfsmittelpositionsnummer gestellt und dieser Antrag noch nicht abschließend bearbeitet wurde. Abrechnungen ohne Hilfsmittelnummer bzw. ohne den Nachweis der Antragstellung werden nicht akzeptiert, ausgenommen sind Versorgungen in welchen eine Genehmigung durch die Krankenkassen erteilt wurde.

Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel kann die Krankenkassen vom Mitgliedsbetrieb die Vorlage einer vom Hersteller ausgestellten Konformitätserklärung gemäß MPG fordern. Der

Hersteller muss darüber hinaus bestätigen, dass die eingesetzten Produkte die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichten Qualitätskriterien erfüllen. Die Erklärungen sind inklusive Produktbeschreibung und Gebrauchsanweisung für das jeweilige Hilfsmittel nach Aufforderung der Krankenkassen innerhalb von 4 Wochen vorzulegen.

Für nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete, in dieser Vereinbarung geregelte Produkte sind die in der dafür vorgesehenen Anlage aufgeführten Pseudopositionsnummern zu verwenden. Es ist grundsätzlich ein Kostenvoranschlag für diese Produkte zur Genehmigung bei den Krankenkassen einzureichen, sofern in den Anlagen nichts anderes geregelt ist.

Werden einzelne Hilfsmittel, welche in den Anlagen geregelt sind, aus dem Hilfsmittelverzeichnis entfernt, können diese ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr abgegeben werden.

Wird ein Antrag auf Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis abschließend abgelehnt, kann dieses ab dem Zeitpunkt der Ablehnung nicht mehr abgegeben werden.

Werden künftig Umstrukturierungen innerhalb einer Produktgruppe im Hilfsmittelverzeichnis vorgenommen (Einzelprodukte erhalten neue Hilfsmittelnummern), bleiben alle Pflichten aus diesem Vertrag erhalten.

2. Der Mitgliedsbetrieb stellt die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen des Hilfsmittels sicher. Im Bereich von Versorgungen auf Basis einer Versorgungspauschale erfolgt die Sicherstellung über den gesamten vereinbarten Versorgungszeitraum. Die Anforderungen richten sich nach den Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des aktuellen Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V sowie den Beschaffenheitsangaben des Herstellers, sofern diese qualitativ über die Beschaffenheitsangaben und Festlegungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Sind weder dem Hilfsmittelverzeichnis noch den Herstellerangaben ausreichende Beschaffenheitsangaben zu entnehmen, ist die Gebrauchstauglichkeit des Produktes für die vorausgesetzte Verwendung maßgeblich, es sei denn, zwischen den Parteien wurde in den Anlagen zum Vertrag etwas anderes vereinbart. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Unberührt bleiben auch Rechte aus evtl. vom Hersteller gewährten Garantien.
3. Die Produkte müssen in Qualität und Ausführung den an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen und den Bedürfnissen des Versicherten voll gerecht werden. Grundsätzlich werden nur Hilfsmittel eingesetzt, die hygienisch unbedenklich, optisch einwandfrei, funktionsgerecht und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Sie müssen den medizinischen und technischen Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses genügen. Es dürfen nur Hilfsmittel mit einem CE-Prüfzeichen nach dem MPG und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zum Einsatz kommen. Ausnahme: Bei Sonderanfertigungen wird auf eine CE-Kennzeichnung verzichtet, stattdessen ist der Krankenkassen auf Anfrage eine Konformitätserklärung zur Verfügung zu stellen.

4. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich, im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag an die Versicherten der Krankenkassen nur Produkte abzugeben, die den Kriterien des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen. Aufgrund von § 139 Abs. 5 SGB V gilt für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 MPG der Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Dies gilt auch für Zubehör im Sinne des § 3 Nr. 9 MPG.

§ 9 Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)

1. Der Mitgliedsbetrieb übernimmt für Versorgungsleistungen nach diesem Rahmenvertrag alle Verpflichtungen einschließlich der personellen Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Produkten aus dem Medizinproduktegesetz und den sonstigen Sicherheitsvorschriften ergeben.
2. ENTFÄLLT.
3. ENTFÄLLT.
4. ENTFÄLLT.
5. Die Krankenkassen behalten sich vor, die Umsetzung der vorstehend genannten gesetzlichen Regelungen bzw. die Einhaltung der übertragenen Aufgaben regelmäßig zu überprüfen. Daten aus dem Medizinproduktebuch oder dem Bestandsverzeichnis sind der Kasse in schriftlicher oder elektronischer Form zu übersenden.
6. Für Schäden, die durch eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung dieser Aufgaben entstehen, haftet der Mitgliedsbetrieb.
7. Ist der Mitgliedsbetrieb aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die oben genannten Maßnahmen durchzuführen, ist dies entsprechend zu dokumentieren und der Kasse anzuzeigen. Die Anzeige soll erst dann erfolgen, wenn der Mitgliedsbetrieb den Versicherten zuvor trotz mehrfacher Versuche innerhalb von drei Wochen nicht erreichen/antreffen konnte. Eine Haftung des Mitgliedsbetriebs wegen nicht fristgerechter Erfüllung der betroffenen Aufgabe ist in diesen Fällen ausgeschlossen.
8. Die Krankenkassen werden die für die Aufgabenerfüllung notwendigen Informationen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Verfügung stellen und erforderlichenfalls bei fehlender Mitwirkung des Versicherten im Rahmen des Versicherungsverhältnisses auf diesen einwirken.

§ 10 Beratung, Dokumentation und Qualitätsprüfung

1. Die Mitgliedsbetriebe sind nach § 127 Abs. 5 SGB V verpflichtet, die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 5 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Zusätzlich sind sie im Falle des § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Hierbei ist § 11 Ziffer 5 dieses Rahmenvertrages zu beachten. Darüber hinaus gehende Anforderungen an die Inhalte der Beratung der Versicherten sind in den Anlagen geregelt.
2. Die Mitgliedsbetriebe haben die Durchführung der Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich die erfolgte Beratung durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen (vgl. § 127 Abs. 5 Satz 2 SGB V). Die Unterschrift kann digital erfolgen. Für den Fall der telefonischen Beratung verzichten die Krankenkassen auf eine Unterschrift.

Für die Bestätigung der Durchführung der Beratung ist inhaltlich das als Anhang 01 zum Rahmenvertrag beigelegte Muster zu nutzen. Es ist für jedes Hilfsmittel ein gesondertes Muster zu verwenden. Alternativ kann für den Fall, dass nur ein Hilfsmittel verordnet worden ist, der Text

„Hiermit bestätige ich, dass ich zum o.g. Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 127 Abs. 5 SGB V) entsprechend beraten worden bin, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind.“ auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung angebracht werden.

Die Bestätigung über die Durchführung der Beratung (in Form von Anhang 01 des Rahmenvertrages oder als Ergänzung auf der Rückseite der Verordnung) ist der Abrechnung zwingend beizufügen. Bei Nichtvorlage kann die Krankenkasse die Zahlung verweigern und die Abrechnungsunterlagen für den betroffenen Versorgungsfall zurückweisen.

Die Mitgliedsbetriebe haben die Umstände des Beratungsgesprächs, insbesondere die Form des Beratungsgesprächs (persönliche Beratung in den Geschäftsräumen, telefonische Beratung oder vor Ort-Beratung z.B. im Hausbesuch, im Krankenhaus oder Pflegeheim), Ort und Zeit der Beratung, den beratenden Mitarbeiter, die beratende Person (z.B. Versicherter, Angehöriger, Pflegeperson) sowie das Eingangsdatum der ärztlichen Verordnung schriftlich zu dokumentieren.

3. Die Mitgliedsbetriebe haben die Beratung schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren. Soweit es für die Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erforderlich ist, hat der Mitgliedsbetrieb der jeweiligen Krankenkasse unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben die Inhalte der Beratung auf Verlangen zu übermitteln.

Voraussetzung für die Übermittlung dieser Daten ist der Nachweis einer schriftlichen Einverständniserklärung des Versicherten gemäß § 127 Abs. 7 SGB V durch die jeweilige Krankenkasse.

4. Die Daten nach Ziffer 2 und 3 sind vom Mitgliedsbetrieb für 6 Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrung kann in Papierform oder elektronischer Form erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Abgabedatum des Hilfsmittels.
5. Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten gemäß § 127 Abs. 5 SGB V. Den Krankenkassen steht es frei, die Qualität der Versorgung aus diesem Vertrag in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.
6. Die Mitgliedsbetriebe sind verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte unverzüglich zu erteilen.

§ 11 Vergütung

1. Der Mitgliedsbetrieb hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn der Auftrag erteilt wurde und der Mitgliedsbetrieb die Versorgungsleistung nach diesem Vertrag erbracht hat.
2. Die Preise für die vertraglich vereinbarten Versorgungsinklusive aller erforderlichen Leistungen ergeben sich aus den Anlagen zu diesem Vertrag.
3. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und werden zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer abgerechnet, sofern in den Anlagen nichts anderes vereinbart wird.
4. Werden für in diesem Vertrag geregelte Hilfsmittel Festbeträge zu niedrigeren Preisen, als in den Anlagen geregelt, festgesetzt, können die betreffenden Hilfsmittel maximal bis zur Höhe des Festbetrages abgerechnet werden (vgl. § 127 Abs. 4 SGB V).
5. Die Erhebung von Mehrkosten gegenüber den Versicherten der Krankenkassen für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß diesem Vertrag, durch den Mitgliedsbetrieb ist mit Ausnahme der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung unzulässig, ausgenommen anderslautender Regelungen in den Anlagen oder für den Fall, dass der Versicherte – trotz ausführlichen Hinweises und Beratung durch den Mitgliedsbetrieb – Hilfsmittel oder Leistungen wünscht, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. In diesem Fall hat der Mitgliedsbetrieb den Versicherten zu informieren, dass die Krankenkasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der jeweiligen Krankenkasse unterliegt, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden. Vor Lieferung ist hierzu mit dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierfür ist das als Anhang 03 beigefügte Muster zu nutzen. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, den Krankenkassen die Vereinbarungen auf Anfrage in Kopie zur Verfügung zu stellen.
6. Nachträgliche Änderungen an einem Hilfsmittel können nur dann gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn sie ärztlich verordnet wurden und nicht durch die in den Anlagen geregelten Vergütungen abgedeckt sind. Abweichende Regelungen in den Anlagen sind zu beachten.
7. Die gesetzlichen Regelungen zur Zuzahlung gelten. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gelten die folgenden Regelungen:

Die Zuzahlung der Versicherten für nicht zum Verbrauch bestimmte Produkt beträgt gemäß § 61 SGB V 10 v.H. des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Produktes. Die Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Produkte beträgt gemäß § 61 SGB V i.V. m. § 33 Abs. 8 Satz 3 SGB V 10 v.H. des insgesamt von den Krankenkassen zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf. Der Einzug der Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 SGB V erfolgt durch den Mitgliedsbetrieb entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen; ein Vergütungsanspruch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse und gegenüber dem Versicherten hierfür besteht nicht. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt auf Basis des Vergütungssatzes für die einzelne Leistung. Die Zuzahlungsbeträge sind von den jeweiligen Endabrechnungsbeträgen abzusetzen. Die vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen sind nach § 61 Satz 4 vom Mitgliedsbetrieb zu quittieren, sofern die Zahlung nicht per Überweisung erfolgt ist. Dies gilt auch bei Versandartikeln. § 43c Abs. 1, Satz 6 SGB V findet keine Anwendung. Eine Zuzahlung gemäß § 33 i. V. m. § 61 SGB V entfällt in Fällen von Reparaturen und ergänzenden, zeitverzögerten Anpassungen an einem Produkt.

8. Eine eventuelle Befreiung des Versicherten von der Zuzahlung ist durch den Mitgliedsbetrieb anhand des gültigen Befreiungsausweises des Versicherten zu überprüfen. Kann der Versicherte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung durch den Mitgliedsbetrieb einzuziehen.

§ 12 Verwendung des Institutionskennzeichens

1. Jeder Mitgliedsbetrieb und jede Filiale verfügt über ein Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V, welches bei der Übermittlung von Kostenvoranschlägen bzw. Versorgungsanzeigen sowie in der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet wird. Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Jeder Mitgliedsbetrieb bzw. jede Filiale kann nur ein IK je Vertrag mit den Krankenkassen verwenden, welches den Krankenkassen verbindlich in dem dafür vorgesehenen Format zu melden ist.
2. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben, einschließlich der Adressdaten sowie der Bank- und Kontoverbindung, sind für die Bearbeitung und die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen verbindlich. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

3. Der Mitgliedsbetrieb hat die Pflicht, die hinterlegten Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder deren mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
4. Das gegenüber der Krankenkasse eingesetzte IK ist der Stelle, die die Prüfung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V durchführt, mitzuteilen. Eine Veränderung des IK's ist den Krankenkassen mindestens 4 Wochen im Voraus mitzuteilen.
5. Das IK ist im Kostenvoranschlag bzw. in der Versorgungsanzeige und in der Abrechnung anzugeben. Kostenvoranschläge bzw. Versorgungsanzeigen oder Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem oder unbekanntem IK berechtigen die Krankenkassen zur Abweisung.

§ 13 Rechnungslegung (gemäß § 302)

Die kassenspezifischen Regelungen zur Rechnungslegung sind in den Zusätzen A1, A3 und A4 zum Rahmenvertrag geregelt.

§ 14 Haftung und Gewährleistung

1. Gewährleistung und Haftung der Mitgliedsbetriebe richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit der Vertrag nichts anderes bestimmt.
2. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Abnahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. einer durch ihn bevollmächtigten Person (Leistungserbringungsdatum). Gewährleistungsarbeiten sind nicht gesondert vergütungsfähig.
3. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt. Der Mitgliedsbetrieb tritt eventuelle Rechte aus vom Hersteller gewährten Garantien an die jeweilige Krankenkasse ab.
4. ENTFÄLLT.
5. Jeder Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrages aufrecht zu erhalten. Angemessen für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personen- und/oder Sachschäden sowie 100.000 EUR für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

§ 15 Beziehungen zu Dritten

1. Der Leistungserbringer ist berechtigt, die einzelnen Leistungen dieses Vertrages auf einen externen Dienstleister im Rahmen der geltenden Preisregelungen zu übertragen. Dadurch ausgelöste Mehrkosten werden durch die Krankenkassen nicht zusätzlich vergütet.
2. Bedient sich der Leistungserbringer zur Erfüllung seiner Verpflichtung eines externen Dienstleisters, so hat er dessen Verschulden im gleichen Umfang zu vertreten, wie eigenes Verschulden (§ 278 BGB). Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch den externen Dienstleister verantwortlich. Unabhängig davon haben die Krankenkassen für ein Verschulden des externen Dienstleisters nicht einzustehen.
3. Die Unterhaltung von Produktdepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen durch die Mitgliedsbetriebe ist nicht zulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden bzw. die eine spezielle ärztliche (Therapie)- Einweisung mit anschließender ärztlicher Kontrolle/Anpassung erfordern. Werden im Rahmen zulässiger Depotversorgungen Leistungen von Dritten erbracht, hat der Mitgliedsbetrieb einen Abschlag von 20 v.H. auf den Vertragspreis bei der Abrechnung zu gewähren. Die Mitgliedsbetriebe dürfen außerhalb der Notfallversorgung nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben, es sei denn, in der für die abgegebene Leistung geltenden Anlage wird etwas anderes bestimmt. Im Übrigen gilt § 128 Abs. 1 SGB V.
4. ENTFÄLLT .
5. Eine Vergütung von Dienstleistungen, zusätzlichen privatärztlichen Leistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Personal im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Mitgliedsbetriebe. Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. vom 12.05.1997 in seiner jeweils geltenden Fassung sowie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung, die sich aus der Berufsordnung der Ärzte ergeben, sind zu beachten. Im Übrigen gilt § 128 Abs. 2 SGB V.
6. Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Versicherten auszurichten. Eine einseitige Beeinflussung des Arztes durch die Mitgliedsbetriebe zur Abgabe bestimmter Produkte aufgrund ökonomischer oder anderweitiger Anreize durch Dritte ist unzulässig.
7. Es ist für die Vertragsparteien unzulässig, Versicherte, Ärzte oder sonstige Dritte unaufgefordert und/oder ohne medizinische Indikation bzw. konkreten Anlass zur Versorgung mit Hilfsmitteln oder dessen Instandsetzung zu veranlassen. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandsetzungen bleiben davon unberührt. Ebenfalls ist

es unzulässig, Versicherte ohne deren Einverständnis aufzusuchen. Dies gilt auch für Versicherte, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen betreut werden.

§ 16 Datenschutz

1. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband sowie die Mitgliedsbetriebe sind verpflichtet, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der geltenden Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten.
2. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband, die Mitgliedsbetriebe sowie die beauftragten Abrechnungsstellen unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Krankenkassen, soweit diese Angaben zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.
3. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband sowie die Mitgliedsbetriebe haben ihre jeweiligen Mitarbeiter zur Beachtung der Geheimhaltungspflicht sowie der maßgeblichen Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

§ 17 Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen, Kündigung

1. Die Mitgliedsbetriebe haften gegenüber den Krankenkassen für die Verletzung von Pflichten aus diesem Vertrag, die auf ihr Verschulden zurückzuführen sind, unbeschadet der folgenden Regelungen nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Verletzt einer der Mitgliedsbetriebe Pflichten aus diesem Vertrag, steht den Krankenkassen nach Anhörung des betreffenden Mitgliedsbetriebes je nach Schwere des Vertragsverstoßes die Befugnis zu,
 - eine Verwarnung auszusprechen.
 - bei wiederholtem Ausspruch einer Verwarnung auf Grund einer Vertragsverletzung den Vertrag aus wichtigem Grund gegenüber dem betreffenden Mitgliedsbetrieb zu kündigen.
 - eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffern 5 und 6 zu erheben.

Soweit die Kündigung des Vertrages durch die oder gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband erklärt wird, gelten gleichzeitig sämtliche Verträge mit den angeschlossenen Mitgliedsbetrieben als gekündigt.

3. Den Krankenkassen steht bei der Auswahl der vorgenannten Sanktionen ein Ermessen unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Einzelfalles zu. Als weitere Sanktionsmöglichkeit kommt die Aufhebung der Genehmigungsfreigrenzen in Betracht. Eine solche kann ausschließlich gegenüber dem vertragswidrig handelnden Mitgliedsbetrieb verhängt bzw. ausgesprochen werden. Eine Vertragsstrafe nach Maßgabe der Ziffer 5 und 6 wird ggf. unabhängig hiervon verwirkt. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband wird über den Widerruf über die Genehmigungsfreigrenze der betroffenen IK-Nummer informiert.
4. Bei schuldhaften Überschreitungen der zwischen dem Mitgliedsbetrieb und der jeweiligen Krankenkassen vereinbarten Lieferfrist gemäß § 7 Ziffer 10 und 11 unter Berücksichtigung anderslautender Regelungen in den Anlagen gelangt der betreffende Mitgliedsbetrieb mit seiner

Leistung ohne Mahnung in Verzug. In diesem Fall sind die Krankenkassen berechtigt, die Versorgung des Versicherten für den betroffenen Versorgungszeitraum einem Dritten zu übertragen. Dadurch entstehende Mehrkosten gehen zu Lasten des Mitgliedsbetriebes. Weitergehende Rechte der Krankenkassen bleiben unberührt.

5. Verletzt ein Mitgliedsbetrieb gravierende Pflichten aus diesem Vertrag, beispielsweise
 - seine vertragliche Verpflichtung, die Inhalte der Beratung gemäß § 10 Nr. 3 zu dokumentieren und auf Anforderung an die Krankenkassen zu übermitteln, verwirkt der Mitgliedsbetrieb für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 500,00 EUR. Die Festsetzung der Vertragsstrafe erfolgt unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles und unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes in Bezug auf die betroffene Versorgung.
6. Für sonstige Pflichtverletzungen, insbesondere die wiederholte Nichteinhaltung der
 - vertraglich festgesetzten Fristen zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen,
 - Qualitätskriterien hinsichtlich der vertraglich geschuldeten Leistung,
 - Regelungen zur Genehmigung in § 6 Ziffer 8,
 - Abschlagsregelungen in § 15 Ziffer 3,
 - vertraglichen Vorgaben bezüglich der Information, der Beratung sowie der Erhebung von Mehrkosten gemäß § 11 Ziffer 5 i. V. m. § 10 Ziffer 1,

verwirkt der betreffende Mitgliedsbetrieb nach Anhörung für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von 150,00 EUR. Die Festsetzung der Vertragsstrafe erfolgt unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles und unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.

7. Für den Fall, dass ein Abrechnungsfehlverhalten (Abrechnungsmanipulation) vorliegt, verwirkt der Mitgliedsbetrieb nach Anhörung eine dieser Situation angemessene Vertragsstrafe welche die jeweilige Krankenkasse unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes festsetzt.
8. Gilt ausschließlich für die BARMER: Verletzt die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband seine Verpflichtung aus Zusatz A2 zur Aktualisierung der Vertragsdaten in MIP
 - verwirkt der Mitgliedsbetrieb für jeden Fall der Zuwiderhandlung gegen die entsprechende Verpflichtung eine Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 500,00 EUR. Die Festsetzung der Vertragsstrafe erfolgt unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles und unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes in Bezug auf die betroffene Versorgung.
9. Auf Seiten der Krankenkassen liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages mit der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband berechtigt, insbesondere dann vor, wenn die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband:
 - a) durch ihre Mitgliedsbetriebe eine ausreichende Versorgung mit den vertraglich geschuldeten Leistungen nach Maßgabe der vereinbarten Anlagen nicht mehr sicherstellen kann,
 - b) fortgesetzt ihre Verpflichtung zur unverzüglichen Einreichung einer aktualisierten Teilnehmerliste bei der TK oder HEK verletzt und schuldhaft ihre Verpflichtung zur Aktualisierung der Vertragsdaten in MIP gemäß Zusatz A2 bei der BARMER verletzt,
 - c) durch ihre Mitgliedsbetriebe Vertragsverstöße in einem Umfang verursacht, welche es der Krankenkassen unzumutbar machen, an dem Vertrag festzuhalten,
 - d) den Regelungen in § 1 Ziffer 13 zuwiderhandelt,
 - e) unzulässige Versorgungen zuwider der Regelung des § 15 Ziffer 7 vornimmt,
 - f) gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat.
10. Auf Seiten der Krankenkassen liegt ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung einzelner Mitgliedsbetriebe berechtigt, insbesondere dann vor, wenn:
 - a) Qualitätsmängel in der vertraglich geregelten Versorgung eines Versicherten aufgetreten sind, die eine gesundheitliche Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können,
 - b) der Mitgliedsbetrieb wiederholt mit der Erbringung seiner Leistung in Verzug gerät und dadurch die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird,
 - c) der Mitgliedsbetrieb wiederholt Zahlungen zu Vertragsleistungen durch Versicherte fordert oder annimmt, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen,
 - d) eine Abrechnungsmanipulation vorliegt, beispielsweise die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Abrechnung einer Leistung, die nicht verordnet wurde,
 - e) der Mitgliedsbetrieb gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat,
 - f) der Mitgliedsbetrieb den Regelungen in § 1 Ziffer 13 zuwiderhandelt,
 - g) die Voraussetzungen zur Abgabe von Hilfsmitteln gemäß § 4 nicht mehr vorliegen oder der Mitgliedsbetrieb den entsprechenden Nachweis nach § 4 Ziffer 1 nicht fristgemäß gewährleistet,
 - h) der Mitgliedsbetrieb gemäß § 7 Ziffer 1 ausgeschlossene privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Versicherten trifft,
 - i) der Mitgliedsbetrieb den Regelungen in § 15 zuwiderhandelt; im Falle der Kündigung wegen Verstößen gegen die Bestimmungen des § 15 Ziffer 5 und 7 können die Krankenkassen den Mitgliedsbetrieb entsprechend § 128 Abs. 3 SGB V für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausschließen,
 - j) der Mitgliedsbetrieb durch Äußerungen oder Handlungen, insbesondere gegenüber den Versicherten sowie gegenüber der Öffentlichkeit nachweislich das Ansehen in einer Weise herabsetzt, die geeignet ist, die berechtigten Interessen der Krankenkassen erheblich zu beeinträchtigen.
11. Für die Krankenkassen liegt weiterhin insbesondere in folgenden Fällen ein wichtiger Grund zur außerordentlichen Kündigung vor, wenn der Mitgliedsbetrieb für die nach diesem Vertrag geregelten Produkte die elektronische Plattform der Krankenkassen für Versorgungsanzeigen bzw. Kostenvoranschläge nicht nach Maßgabe der Zusätze A1, A3 und A4 zum Rahmenvertrag in der vertraglich vorgesehenen Weise nutzt.
12. Eine außerordentliche Kündigung hat schriftlich mit entsprechender Begründung zu erfolgen. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht.
13. Die Parteien sind sich einig, dass für den Zeitaufwand des Geschädigten, gleich ob Leistungserbringender oder Krankenkasse, für die Ermittlung und außergerichtliche Abwicklung von Schadensersatzansprüchen grundsätzlich keine Ersatzpflicht besteht. Ausnahmsweise können Rechtsverfolgungskosten durch eigenes Personal des Geschädigten als erstattungsfähiger Schaden in Anlehnung an die Entscheidungen des BGH vom 31.05.1976 (II ZR 133/74) und BGH vom 09.03.1976 - VI ZR 98/75) geltend gemacht werden, wenn der Arbeitsaufwand in einem konkreten Schadensfall den Rahmen der üblichen allgemeinen Verwaltungstätigkeit des Geschädigten erheblich überschreitet.

14. Bei Missachtung von Kennzeichnungen eines anderen Eigentümers ist der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, dem Eigentümer eine finanzielle Entschädigung in Höhe der für dieses Hilfsmittel vereinbarten Versorgungspauschale zu gewähren.
15. Hat der Betrieb seine Beratungspflicht über die Möglichkeit der aufzahlungsfreien, den Maßgaben der ärztlichen Verordnung in vollem Umfang entsprechenden Versorgung i.S.d. § 11, Ziffer 5 des Vertrages verletzt, verpflichtet sich der Leistungserbringer, dem Versicherten den Differenzbetrag zwischen dem für die aufzahlungspflichtige Versorgung gezahlten Gesamtpreis und dem Vertragspreis für die nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung in diesem Fall ausreichende Versorgung zu erstatten. Die Beratungspflicht gilt als verletzt, wenn eine vom Versicherten unterschriebene Erklärung zur höherwertigen Versorgung nicht vorgelegt werden kann.

Kann der Leistungserbringer eine Erklärung zur Höherwertigkeit vorlegen, muss der Streit über die Rechtmäßigkeit und ggf. die Angemessenheit der Aufzahlung zwischen Leistungserbringer und Versichertem ausgetragen werden.

§ 18 Laufzeit und Kündigung

1. Der Vertrag gilt ab dem 01.12.2022.
2. Der Vertrag und seine Anlagen können mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendermonats, erstmals zum 31.12.2023 schriftlich gekündigt werden. Eine Übermittlung per Fax ist ausreichend. Für den Nachweis des Zugangs der Kündigung genügt in diesem Fall der Fax-Sendebericht.
3. Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen des Vertrages als gekündigt. Die separate Kündigung der einzelnen Anlagen ist grundsätzlich zulässig, es sei denn, in den Anlagen selbst ist etwas anderes geregelt. Bei separater Kündigung der Anlagen bleiben die nicht gekündigten Bestandteile des Vertrages weiterhin wirksam.
4. Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem Mitgliedsbetrieb erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Mitgliedsbetrieb. Die Kündigungserklärung des Mitgliedsbetriebes erfolgt gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband. Soweit die Kündigung des Vertrages durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband oder gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband erklärt wird, gelten gleichzeitig sämtliche Verträge mit den angeschlossenen Mitgliedsbetrieben als gekündigt. Gleiches gilt für die Kündigung einzelner Anlagen.
5. Mit Wegfall der letzten gültigen Anlage zu diesem Vertrag durch Kündigung gilt der Rahmenvertrag als gekündigt.

§ 19 Schlussbestimmungen

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, alle unterschiedlichen Auffassungen aus der Anwendung dieses Vertrages zunächst einvernehmlich zu klären.
2. Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon unberührt. In diesen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Wuppertal, den
BARMER

Susanne Eschmann
Abteilungsleiterin

Wuppertal, den
BARMER

Thomas Rabe
Teamleiter

München, den
Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Magnus Fischer
Obermeister

Hamburg, den
Techniker Krankenkasse

Wolfgang Flemming
Fachbereichsleiter

Hamburg, den
HEK

Axel Kreutzfeldt
stellv. des Vorstandes

Gerold Elkemann
Geschäftsführer

Zusatz A1 zum Rahmenvertrag: Verfahren für Kostenvoranschläge, Versorgungsanzeigen und Rechnungslegung (gemäß § 302) der BARMER

Mit Abschluss des Rahmenvertrages verpflichtet sich der Mitgliedsbetrieb für alle Versorgungen von BARMER Versicherten ausschließlich Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge in elektronischer Form einzureichen. Dies gilt auch für alle Produktbereiche, die nicht von diesem Rahmenvertrag und seinen Anlagen, sondern durch anderweitige Verträge zwischen der BARMER und dem Mitgliedsbetrieb geregelt sind.

Besteht für den Mitgliedsbetrieb die Verpflichtung zur Einreichung einer Versorgungsanzeige zur leistungsrechtlichen Prüfung des Versorgungsvorschlages oder eines Kostenvoranschlages zur leistungsrechtlichen und inhaltlichen Prüfung des Versorgungsvorschlages, sind die nachfolgenden Regelungen zwingend zu beachten.

I. Datenannahmestelle für Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge

Für die Bearbeitung von Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschlägen setzt die BARMER eine elektronische Hilfsmittel-Plattform ein. Die elektronischen Daten sind an die BARMER bzw. dessen beauftragtem Dienstleister zu übermitteln. Derzeit beauftragter Dienstleister für die elektronische Hilfsmittelplattform ist die

HMM Deutschland GmbH,
Eurotec-Ring 10,
47445 Moers

Informationen zum aktuellen Dienstleister finden Sie unter:

www.x3-standard.de oder www.x3.net/x3-standard.html

Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge für die BARMER werden ausschließlich von der BARMER bzw. dessen beauftragtem Dienstleister über die jeweilige Plattform angenommen und bearbeitet.

Die Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge sind elektronisch an die BARMER bzw. dessen beauftragten Dienstleister an die jeweilige Hilfsmittel-Plattform zu senden.

Alternativ kann statt des elektronischen Kostenvoranschlages oder der elektronischen Versorgungsanzeige auch die Versendung eines zugelassenen elektronischen Dokuments verwendet werden. Die Erzeugung und der Versand des elektronischen Dokuments erfolgt von der jeweils eingesetzten Standard-Softwarelösung des Mitgliedsbetriebes, sofern im Funktionsumfang vorhanden. Die jeweils aktuelle Liste der Softwareprodukte sowie die vorgeschriebenen unterstützten Formate, die die BARMER bzw. dessen beauftragter Dienstleister nutzen, kann im Internet der BARMER oder dessen beauftragtem Dienstleister eingesehen werden.

II. Form und Inhalt von Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschlägen

1. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, der BARMER bzw. dessen beauftragtem Dienstleister die Versorgungsanzeige bzw. den Kostenvoranschlag in elektronischer Form – im jeweils von der BARMER bzw. dessen beauftragtem Dienstleister genannten Format zu übermitteln.
2. Für die Übermittlung der Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschläge bestehen die folgenden technischen Übertragungswege:
 - a) Die Übertragung erfolgt über eine Schnittstelle zwischen der vom Mitgliedsbetrieb eingesetzten Software und der von der BARMER bzw. dessen beauftragtem Dienstleister jeweils aktuell eingesetzten elektronischen Hilfsmittel-Plattform.
 - b) Die Versorgungsanzeige bzw. der Kostenvoranschlag wird vom Mitgliedsbetrieb direkt auf der elektronischen Plattform der BARMER bzw. des beauftragten Dienstleisters erfasst.
3. Umfassen Versorgungsanzeigen/Kostenvoranschläge Zurüstungen an einem Hilfsmittel, sind alle Positionen in einer Versorgungseinheit zusammenzufassen. Das maßgebliche Hilfsmittel ist mit seiner Hilfsmittelpositionsnummer an erster Stelle in der Versorgungsanzeige/im Kostenvoranschlag zu nennen.
4. Unvollständige oder auf anderen Wegen - als den vertraglich geregelten - übermittelte Versorgungsanzeigen/Kostenvoranschläge werden von der BARMER abgewiesen.

5. Zu einem Hilfsmittel sind weitere versorgungsrelevante Detailangaben, wie z.B. Gewicht, Betriebsstunden oder aber Maße, z.B. bei einem Rollstuhl, in der Versorgungsanzeige/im Kostenvoranschlag anzugeben, sofern in den Anlagen geregelt.
6. Es ist immer eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten anzugeben. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist das Feld mit „0000000000“ zu füllen.

III. Übermittlung von begleitenden Unterlagen

1. Sofern eine Verordnung gemäß diesem Vertrag erforderlich ist, ist diese in elektronischer Form mit einzureichen. Sehen der Rahmenvertrag oder seine Anlagen begleitende Unterlagen zu einer Versorgungsanzeige oder einem Kostenvoranschlag vor, sind diese Unterlagen zusammen mit der Versorgungsanzeige oder dem Kostenvoranschlag ebenfalls in elektronischer Form einzureichen.
2. Die Unterlagen sind als Anlage zur Versorgungsanzeige oder zum Kostenvoranschlag zu übermitteln (zulässig sind die Formate tif, tiff (inkl. Multipage-TIFF), jpeg, jpg, png, pdf, doc, rtf, xls, ppt). Die Anlagen dürfen keine Makros enthalten. Die Bildgröße ist auf DIN A4 zu beschränken. Die Auflösung sollte 600dpi nicht überschreiten.
3. Bei unvollständigen oder fehlenden Anlagen hat die BARMER oder der MDK das Recht, diese nachzufordern. Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, die Unterlagen innerhalb von 72 Stunden nach Eingang der entsprechenden Aufforderung der BARMER bzw. des MDK auf elektronischem Weg (siehe vorstehende Ausführungen) nachzureichen.

IV. Genehmigung

1. Hilfsmittel, für die die Anlagen zu diesem Vertrag eine Versorgungsanzeige oder einen Kostenvoranschlag vorsehen, bedürfen der Genehmigung durch die BARMER, sofern in den Anlagen bzw. in der Protokollnotiz zum Rahmenvertrag über die Genehmigungsfreigrenzen nichts Anderweitiges geregelt ist.

Genehmigungsfreie Leistungen sind **nicht** über die Hilfsmittel-Plattform an die BARMER bzw. des beauftragten Dienstleisters zu senden, sondern müssen grundsätzlich direkt abgerechnet werden.

Sofern im Einzelfall Gründe vorliegen, die bei grundsätzlich genehmigungsfreien Leistungen aus leistungsrechtlichen Gründen eine Vorlage zur Genehmigung erfordern, z. B.

- der Versicherte wohnt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen oder einem Alten- oder Pflegeheim
- es handelt sich um eine Zweit- bzw. Doppelversorgung
- es handelt sich um eine Versorgung außerhalb des Vertragspreises (Sonderanfertigung, Sondergröße)

ist wie folgt vorzugehen:

1. Fallkonstellation:

Für das ausnahmsweise zu beantragende Hilfsmittel ist vertraglich nur die Hilfsmittelpositionsnummer ohne eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt:

Neben der Hilfsmittelpositionsnummer ist für die Beantragung die Positionsnummer für Produktbesonderheiten „0000009000“ anzugeben.

2. Fallkonstellation:

Der Vertrag sieht für das zu beantragende Produkt neben der Hilfsmittelpositionsnummer bereits eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten vor:

Für die ausnahmsweise Beantragung des Produktes ist die vorgesehene Positionsnummer für Produktbesonderheiten anzugeben. Diese ist jedoch an der 7. Stelle abzuändern. Anstelle der Ziffer „xxxxxx0xxx“ ist die „xxxxxx9xxx“ anzugeben. Die Änderung der Positionsnummer für Produktbesonderheiten ist **nur bei einer Beantragung** eines ansonsten genehmigungsfreien Hilfsmittels im Einzelfall vorzunehmen.

Werden Versorgungsanzeigen oder Kostenvoranschläge für direktabrechnungsfähige Produkte vom Mitgliedsbetrieb ohne die oben genannte Ergänzung der Positionsnummer für Produktbesonderheiten eingereicht, werden diese von der BARMER unmittelbar zurückgewiesen bzw. nicht bearbeitet.

2. Die Genehmigung durch die BARMER erfolgt ausschließlich über eine elektronische Plattform. Der Mitgliedsbetrieb wird über die elektronische Hilfsmittel-Plattform der BARMER bzw. des beauftragten Dienstleisters mittels eines Genehmigungsdatensatzes über neue Aufträge und deren Umfang informiert. Maßgeblich für den Beginn der Lieferfrist gem. § 7 Ziffer 11 des Rahmenvertrages ist der Zugang des Genehmigungsdatensatzes beim Mitgliedsbetrieb auf dessen Hilfsmittel-Plattform.

V. Auslieferungsbestätigung

Die Auslieferung einer Hilfsmittelversorgung/die Ausführung von Instandsetzungsarbeit, die zuvor von der BARMER genehmigt/autorisiert wurde, ist der BARMER bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln, elektronisch über die Hilfsmittel-Plattform der BARMER bzw. des beauftragten Dienstleisters durch den Mitgliedsbetrieb unter Angabe des Tagesdatums der Auslieferung/Ausführung zu bestätigen. Sollte die Auslieferung eines Hilfsmittels nach der Genehmigung nicht möglich sein, so ist dieses über die Hilfsmittel-Plattform der BARMER bzw. des beauftragten Dienstleisters unter Angabe der Verhinderungsgründe anzugeben.

Die Bestätigung ist für jede genehmigte Versorgungseinheit eines Hilfsmittels erforderlich. Die Mitteilung kann der Mitgliedsbetrieb ebenfalls mittels Schnittstelle (eingesetzte Branchensoftware zur Hilfsmittel-Plattform) übermitteln.

VI. Entgelte

Sofern der von der BARMER eingesetzte Dienstleister der Plattform für elektronische Versorgungsanzeigen sowie Kostenvoranschläge vom Mitgliedsbetrieb ein Entgelt verlangt, ist dieses vom Mitgliedsbetrieb direkt an den Dienstleister zu entrichten. Die Einzelheiten hierzu regelt der Mitgliedsbetrieb in einer gesonderten Vereinbarung mit dem Dienstleister. Beim Abschluss der Vereinbarung mit dem Dienstleister hat der Mitgliedsbetrieb darauf zu achten, dass alle gegenüber der BARMER vertraglich geschuldeten Leistungen (z.B. Durchführung eines Wiedereinsatzes) auch Bestandteil der Vereinbarung zwischen Mitgliedsbetrieb und dem von der BARMER eingesetzten Dienstleister der elektronischen Plattform sind.

Rechnungslegung nach §302 SGB V für die BARMER

1. Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, einmal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei der von der BARMER benannten Abrechnungsstelle.

Abrechnungsstelle der BARMER ist derzeit:
DDG-Rechnungsprüfstelle der BARMER,
Postfach,
45120 Essen
- im Folgenden DDG genannt -

Übersteigt die monatliche Sammelrechnung die Summe von 500 Verordnungen, ist sie in mehrere einzelne Sammelrechnungen zu splitten, die jedoch gleichzeitig einzureichen sind. Auch im Fall einer Splittung darf eine einzelne Sammelrechnung die Summe von 500 Verordnungen nicht übersteigen.

2. Alle Rechnungen nach diesem Vertrag werden unter dem der BARMER gemäß Zusatz A2 gemeldeten IK abgerechnet.
3. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V - im Folgenden Richtlinien genannt - in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
 - a) Abrechnungsdaten, insbesondere:
 - ist im EHI-Segment im Feld „Art der abgegebenen Leistung“ die Abrechnungspositionsnummer 10-stellig anzugeben;
 - ist das Feld „Positionsnummer für Produktbesonderheiten“ anzugeben, sofern in den Anlagen eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung mit „0000000000“ zu füllen;
 - ist das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ wie vertraglich vorgegeben anzugeben:

Ist in den Anlagen zu diesem Vertrag für ein Hilfsmittel ein KZH geregelt und fallen für den Versicherten gleichzeitig Mehrkosten an, ist das vertraglich geregelte KZH anzugeben. Auf die Lieferung des KZH 06 für eine höherwertige Versorgung wird aufgrund der verpflichtenden Angabe der Mehrkosten verzichtet (vgl. nächster Punkt).

- sind die mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V anzugeben;
 - ist der Leistungserbringergruppenschlüssel wie vertraglich vorgegeben anzugeben.
- b) Urbelege
(Verordnungsblatt/-blätter im Original - Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet werden, für die eine ärztliche Verordnung nicht vorgesehen oder nicht vereinbart ist.)
 - c) Empfangsbestätigungen der Versicherten oder wie in den Anlagen geregelt
 - d) Genehmigung der BARMER, sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V)
 - e) Anhang 01 zu diesem Rahmenvertrag (Bestätigung über die Durchführung der Beratung) bzw. gleichwertigem Hinweis auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung
 - f) Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
 - g) Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung)

4. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, der BARMER die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Diese Regelung gilt gleichermaßen für Korrekturen und Nachberechnungen.

- a) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der BARMER benannte Abrechnungsstelle (derzeit: DDG (siehe Ziffer 1)) zu liefern. Es werden nur vertragskonforme sowie syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Mitgliedsbetrieb ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet. Bei Sammelrechnungen werden keine einzeln verpackten Urbelege akzeptiert.

Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung sind nicht von der BARMER zu verantworten.

- b) Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die BARMER gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Mitgliedsbetrieb von der BARMER durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 3 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Mitgliedsbetrieb die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
- c) Jeder Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 2 bei der „Kopfstelle“ des vdek, Abteilung Informatik, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin (Tel. 030/269310, Fax. 030/269312900), Email: info302@vdek.com anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.
- d) Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Mitgliedsbetrieb zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei der von der BARMER benannten Datenannahmestelle DDG erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Mitgliedsbetrieb kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der von der BARMER benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die BARMER oder DDG dem Mitgliedsbetrieb keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Eine separate schriftliche Information über die Fehlerfreiheit erfolgt insoweit nicht.

- a) Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Mitgliedsbetrieb ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.

5. In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:
 - IK des leistungserbringenden Betriebes,

- Versichertendaten, insbesondere die Krankenversichertennummer,
 - 10-stellige Abrechnungspositionsnummer:
 - Hilfsmittelpositionsnummer des tatsächlich abgegebenen Produktes (auch bei höherwertiger Versorgung)
 - Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V (Befüllung der 8.-10. Stelle mit „900“) erfolgen
 - Pseudonummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag
 - ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
 - „Kennzeichen für Hilfsmittel“: Ist in den Anlagen zu diesem Vertrag für ein Hilfsmittel ein KZH geregelt und fallen für den Versicherten gleichzeitig Mehrkosten an, ist das vertraglich geregelte KZH anzugeben. Auf die Lieferung des KZH 06 für eine höherwertige Versorgung wird aufgrund der verpflichtenden Angabe der Mehrkosten verzichtet.
 - Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung,
 - Rechnungs- und Belegnummer,
 - Bruttowert der Verordnung und ggf. eingezogener Zuzahlungsbetrag
 - bei Abrechnung von Dauerverordnungen und Dienstleistungspauschalen von Hilfsmitteln Angabe des Versorgungszeitraums mit Von- und Bis- Datum
 - von der BARMER vergebenes Genehmigungskennzeichen.
- Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Mitgliedsbetrieb entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Regelungen des § 11 Ziffer 7 und 8 sind zu beachten.
6. In der Abrechnung ist der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel der jeweiligen Anlage anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgung und Leistungen abgerechnet werden.
 7. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann die BARMER dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei der von der BARMER benannten Stelle eingehen, werden die vorhandenen Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Hierdurch verursachte Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der BARMER.
 8. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt durch die BARMER innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei dem zuständigen Abrechnungsunternehmen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.
- Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
9. Dem Mitgliedsbetrieb ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der BARMER bleiben insoweit unberührt. Der Zahlungsvorbehalt endet mit Ablauf der gesetzlichen Verjährungsfristen.
 10. Überträgt der Mitgliedsbetrieb die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die BARMER auf Verlangen über das Auftragsverhältnis zu informieren. Der BARMER ist in diesem Fall insbesondere der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß § 302 Abs. 2 SGB V beim vdek sowie bei DDG zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnungen ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
 11. Der Mitgliedsbetrieb ist in Bezug auf die Abrechnung seiner Leistungen für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat der Mitgliedsbetrieb dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit für die BARMER schuldbeitfreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der BARMER unverzüglich bekannt zu machen. Die schuldbeitfreiende Wirkung der Zahlung der BARMER an das Abrechnungszentrum entfällt 3 Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
 12. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden und für Sozialhilfeempfänger, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Zusatz A2 zum Rahmenvertrag Verwaltung von Vertragsdaten

1. Für die Verwaltung der Vertragsdaten nutzt die BARMER die Anwendung „MIP-Hilfsmittel-Management“ (im Folgenden MIP genannt) der medicomp GmbH, Hoheloostr. 14, 67065 Ludwigshafen. Die Daten werden ausschließlich von der medicomp GmbH über die Plattform MIP oder über Schnittstellen zu MIP angenommen und bearbeitet.
2. Zu den Vertragsdaten gehören:
 - 2.1 die Zuordnung von teilnehmenden Betrieben (z.B. Mitgliedsbetrieben oder Filialen) zum Vertrag
 - 2.2 die Stamm- und Kontaktdaten der Leistungserbringergemeinschaft sowie der Mitgliedsbetriebe sowie
 - 2.3 die Versorgungsgebiete der Mitgliedsbetriebe.
3. Mit Abschluss dieser Vereinbarung verpflichtet sich die Leistungserbringergemeinschaft, die am Vertrag teilnehmenden Mitgliedsbetriebe sowie deren Filialen selbstständig über MIP zu melden. Darüber hinaus sind von der Leistungserbringergemeinschaft die Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Ansprechpartner) sowie die Versorgungsgebiete für jeden Mitgliedsbetrieb auf der MIP-Plattform unverzüglich zu melden und laufend zu pflegen. Name und Anschrift der Mitgliedsbetriebe sowie die Angaben zur Präqualifizierung werden von der BARMER aus den Daten der IK-Vergabestelle (SVI) sowie der Präqualifizierungsstellen unveränderbar übernommen. Änderungen dieser Daten sind bei der IK-Vergabestelle bzw. bei der Präqualifizierungsstelle zu veranlassen. Eine Anpassung dieser Daten in MIP ist hierfür nicht ausreichend.

Für die durch die Leistungserbringergemeinschaft vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen übernimmt die BARMER keine Gewähr. Durch fehlende oder unvollständige Daten verursachte Verzögerungen in der Bearbeitung beziehungsweise Prozessfehler (beispielsweise die Abweisung von Kostenvoranschlägen oder Abrechnungen) gehen zu Lasten der Leistungserbringergemeinschaft. Eine Haftung der BARMER scheidet insofern aus. Für Verzögerungen oder Fehler in der Bearbeitung, die auf einer technischen Störung bzw. einem technischen Fehler der MIP-Plattform beruhen, hat die Leistungserbringergemeinschaft nicht einzustehen.
4. Der Leistungserbringergemeinschaft verpflichtet sich, die unter Abs. 3 benannten Daten 14 Tage vor Vertragsbeginn vollständig in MIP zur Verfügung zu stellen. Neue Mitgliedsbetriebe nebst den zugehörigen Daten sind 4 Wochen vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag über MIP zu melden.
5. Die BARMER hat das Recht, in begründeten Fällen der Teilnahme einzelner Mitgliedsbetriebe an diesem Rahmenvertrag zu widersprechen. Die Begründung erfolgt gegenüber dem einzelnen Mitgliedsbetrieb. Die Leistungserbringergemeinschaft wird entsprechend informiert.
6. Die Nutzung der Plattform MIP für oben genannte Zwecke ist grundsätzlich kostenfrei. Die über die MIP-Plattform erfassten Daten werden bei der Prüfung der Leistungspflicht im Rahmen der Kostenvoranschläge sowie bei der Abrechnung verwendet. Zudem stehen sie den Versicherten der BARMER bei der Vertragspartner-Umkreissuche für ihre Hilfsmittelversorgung zur Verfügung.

Wünscht der Mitgliedsbetrieb in MIP einen Zugang mit erweiterten Funktionen ist es erforderlich, eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Mitgliedsbetrieb und der medicomp GmbH zu schließen. Wählt der Mitgliedsbetrieb einen Zugangsweg, für den die medicomp GmbH ein zusätzliches Entgelt verlangt, ist dieses vom Mitgliedsbetrieb direkt an die medicomp GmbH zu entrichten. Eine Erstattung dieses Betrages durch die BARMER ist ausgeschlossen. Die Einzelheiten hierzu regelt der Mitgliedsbetrieb in einer Vereinbarung mit der medicomp GmbH.
7. Informationen zu den vertraglichen und technischen Voraussetzungen können bei der medicomp GmbH erfragt werden. Fachliche Hinweise zur Umsetzung sind unter www.mip-ekv.de und www.barmer.de/mip abrufbar.

Zusatz A3 zum Rahmenvertrag

Verfahren für Kostenvoranschläge, Versorgungsanzeigen und Rechnungslegung (nach § 302) der TK

Elektronischer Kostenvoranschlag/Versorgungsanzeige

Der TK sind die Kostenvoranschläge/Versorgungsanzeigen gemäß § 6 des Rahmenvertrages elektronisch zu übermitteln. Die TK bedient sich dabei der internetbasierten Kostenvoranschlagsplattformen:

Die jeweils aktuellen Dienstleister der TK hat der Leistungserbringer der Homepage der TK - tk.de unter dem Suchbegriff **148158** - zu entnehmen oder kann diese bei der TK erfragen. Dem Leistungserbringer steht es frei zu wählen, welchen der aktuellen Dienstleister der TK er für den Datenaustausch nutzt.

Die Modalitäten für den Datenaustausch hat der Leistungserbringer direkt mit dem Plattform-Anbieter zu klären und zu vereinbaren. Aus dieser Plattform heraus werden der TK die elektronischen Kostenvoranschläge übermittelt.

Die TK wiederum übermittelt ihre Entscheidungsdaten (Genehmigung/Ablehnung) an die Internetplattform. Von dort werden sie dem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt. Die Betreiber der Kostenvoranschlagsplattformen sind vertraglich verpflichtet, Schnittstellen zu allen gängigen Branchensoftware-Produkten der Mitgliedsbetriebe vorzuhalten bzw. sofern nicht vorhanden, bei Bedarf zu schaffen.

Form und Inhalt von Versorgungsanzeigen und Kostenvoranschlägen

- a) Die Übertragung erfolgt über eine Schnittstelle zwischen der vom Leistungserbringer eingesetzten Software und der elektronischen Plattform.
- b) Der Kostenvoranschlag wird vom Leistungserbringer direkt auf der elektronischen Plattform erfasst.
- c) Unvollständige oder auf anderen Wegen - als den vertraglich geregelten - übermittelte Kostenvoranschläge werden von der TK abgewiesen.
- d) Zu einem Hilfsmittel sind ggf. weitere versorgungsrelevante Detailangaben, im Kostenvoranschlag anzugeben.
- e) Sofern dem Vorgang eine Verordnung zugrunde liegt, sind die vollständigen Angaben zum Verordner, die Diagnose(n) als ICD10 oder Klarschrift sowie weitergehende körperliche Angaben zur Diagnose, wie „rechts“, „links“, „beidseitig“ oder „keine nähere Angabe möglich“ anzugeben.
- f) Es ist immer eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten anzugeben, sofern diese vertraglich vereinbart wurde.

Übermittlung von begleitenden Unterlagen

Sind begleitende Unterlagen zum Kostenvoranschlag erforderlich, sind diese zusammen mit dem Kostenvoranschlag ebenfalls in elektronischer Form einzureichen.

Die Unterlagen sind als Anlage zur Versorgungsanzeige oder zum Kostenvoranschlag zu übermitteln. Die maximale Größe eines Images ist auf 2 MB beschränkt. Durch die Base-64-Codierung, die für das Übertragen der Daten im XML-Format notwendig ist, erhöht sich die Größe der Imagedaten um 33%. Der Base-64-codierte String eines Images darf daher nicht größer als ~2,6 MB (2.796.204 Bytes) sein. Für die Images wird außerdem überprüft, ob das angegebene Format (TIFF, PDF, JPEG, GIF, PNG) stimmt. Die Speicherung mehrerer Images innerhalb einer Datei (Multipage-TIFF) ist zugelassen. Im Falle der ärztlichen Verordnung sind im Image Vorder- und Rückseite abzulegen. Die maximale Größe einzuscannender Dokumente beträgt DIN A4.

Rechnungslegung (gemäß § 302)

1. Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, zweimal monatlich in Form einer Sammelrechnung. Der Mitgliedsbetrieb sendet die Rechnungen unter Beifügung aller rechnungsbegründenden Unterlagen direkt an die von der TK nach Vertragsabschluss mitgeteilte Rechnungsanschrift des externen Dienstleisters der TK.

Übersteigt die monatliche Sammelrechnung die Summe von 500 Verordnungen, ist sie in mehrere einzelne Sammelrechnungen zu splitten, die jedoch gleichzeitig einzureichen sind. Auch im Fall einer Splittung darf eine einzelne Sammelrechnung die Summe von 500 Verordnungen nicht übersteigen.
2. Alle Rechnungen werden unter der in der Meldemaske der Teilnehmerliste aufgeführten Institutionskennzeichen abgerechnet. Eine Veränderung des Institutionskennzeichens ist der TK sowie dem vdek mindestens 4 Wochen im Voraus mitzuteilen.
3. Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V - im folgenden Richtlinien genannt - in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten
 - Urbelege
(Verordnungsblatt/-blätter im Original - Dies gilt nicht, wenn Leistungen abgerechnet werden, für die eine ärztliche Verordnung nicht vorgesehen oder nicht vereinbart ist.)
 - Empfangsbestätigungen der Versicherten, sofern zulässig der Versandbeleg, oder wie in den Anlagen geregelt
 - Genehmigung der TK, sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V)
 - Anhang 01 zu diesem Rahmenvertrag (Bestätigung über die Durchführung der Beratung) bzw. gleichwertigem Hinweis auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
 - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).
4. Im Rahmen der Rechnungslegung nach § 302 SGB V (Datenaustausch) ist im EHI-Segment im Feld „Art der abgegebenen Leistung“ die Abrechnungspositionsnummer zu erfassen. Die Abrechnungspositionsnummer ist grundsätzlich 10-stellig oder wie in den Anlagen aufgeführt anzugeben.
5. Bei der Abrechnung von Hilfsmitteln nach § 302 SGB V muss das Feld „Kennzeichen für Hilfsmittel“ gefüllt werden. Sofern in den Anlagen eine Positionsnummer für Produktbesonderheiten aufgeführt ist, muss das Feld „Positionsnummer für Produktbesonderheiten“ entsprechend gefüllt werden. Ist in den Anlagen keine Positionsnummer für Produktbesonderheiten geregelt, ist dieses Feld bei der Abrechnung freizulassen.
6. Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Mitgliedsbetrieb verpflichtet, der TK die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.
- Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der TK benannten Abrechnungsstellen zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Mitgliedsbetrieb ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet. Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –bezahlung sind nicht von der TK zu verantworten.
 - Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die TK gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten werden dem Mitgliedsbetrieb von der TK durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 3 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt, falls der Mitgliedsbetrieb die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
 - Der Mitgliedsbetrieb ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 2 bei der „Kopfstelle“ der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, Tel. 030/2 69 31-0, eMail: info302@vdek.com sowie bei der von der TK benannten Abrechnungsstelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.
 - Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Mitgliedsbetrieb zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein. Der Mitgliedsbetrieb kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der jeweils von den Kassen benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die TK oder die von den Kassen benannten Datenannahmestellen dem Mitgliedsbetrieb keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt. Eine separate schriftliche Information über die Fehlerfreiheit erfolgt insoweit nicht.
 - Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Mitgliedsbetrieb ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.
7. In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:
- IK des Mitgliedsbetriebes
 - Versichertendaten, insbesondere die Krankenversichertennummer
 - der Leistungserbringergruppenschlüssel wie vertraglich vorgegeben
 - 10-stellige Abrechnungsnummer
 - Hilfsmittelpositionsnummer
 - existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs.2 SGB V erfolgen
- oder
- Pseudonummer entsprechend der Anlagen zu diesem Vertrag
 - ggf. Positionsnummer für Produktbesonderheiten, sofern diese in der Vereinbarung aufgeführt wurde,
 - bei höherwertigen Versorgungsmitteln Hilfsmittelpositionsnummer des tatsächlich abgegebenen Produktes

- Kennzeichen für Hilfsmittel (KZH): Ist in den Anlagen zu diesem Vertrag für ein Hilfsmittel ein KZH geregelt und fallen für den Versicherten gleichzeitig Mehrkosten an, ist das vertraglich geregelte KZH anzugeben. Auf die Lieferung des KZH 06 für eine höherwertige Versorgung wird aufgrund der verpflichtenden Angabe der Mehrkosten verzichtet.
- Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung
- Rechnungs- und Belegnummer
- Bruttowert der Verordnung und zu zahlender Zuzahlungsbetrag, sofern nicht zuzahlungsbefreit
- mit dem Versicherten abgerechnete Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V
- bei der Abrechnung von Dauerverordnungen: Angabe des Versorgungsmonats mit Von- und Bis-Datum,
- von den Kassen vergebenes Genehmigungskennzeichen.

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Mitgliedsbetrieb entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen. Die Regelungen des § 11 Abs. 7 und 8 sind zu beachten.

8. In der Abrechnung ist der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel der jeweiligen Anlage anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgung und Leistungen abgerechnet werden.
9. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann die TK dem Abrechner die eingereichten Unterlagen oder Datensätze für den konkret beanstandeten Versorgungsfall / für die konkret beanstandeten Versorgungsfälle unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine pauschale Zurückweisung einer Sammelabrechnung ist unzulässig. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei der benannten Stelle eingehen, werden die vorhandenen Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben. Hierdurch verursachte Verzögerungen bei der Rechnungsprüfung und -bezahlung gehen nicht zu Lasten der TK.
10. Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die TK innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei dem jeweils zuständigen Abrechnungsunternehmen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.
11. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
12. Dem Mitgliedsbetrieb ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der TK bleiben insoweit unberührt. Der Zahlungsvorbehalt endet mit Ablauf der gesetzlichen Verjährungsfristen.
13. Überträgt ein Mitgliedsbetrieb die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die TK unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der TK ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Die Abrechnungsstelle ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß § 302 Abs. 2 SGB V beim vdek sowie bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungsstellen liefern die Abrechnungen ausschließlich mittels elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.
14. Der Mitgliedsbetrieb ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die Abrechnungsstelle verantwortlich. Hat der Mitgliedsbetrieb der Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit für die TK schuldbefreiender Wirkung. Wird der Abrechnungsstelle die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies der TK unverzüglich bekannt zu machen. Die schuldbefreiende Wirkung der Zahlung der TK an die Abrechnungsstelle entfällt 3 Werktage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.
15. Sofern die Rechnungslegung nach Abs. 10 einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die Abrechnungsstelle unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages, der Anlage zu § 78 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) und des § 6 Abs. 1 BDSG von dem/der Innungsverband/Innung bzw. dem Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei der Abrechnungsstelle ist der TK vorzulegen.
16. Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden und für Sozialhilfeempfänger, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen. Die Verordnung(en) ist/sind der monatlichen Abrechnung stets gesondert beizufügen.

Zusatz A 4 zum Rahmenvertrag HEK Verfahren für Kostenvoranschläge und Rechnungslegung (nach § 302 SGB V)

I. Elektronischer Kostenvoranschlag

Der HEK sind die Kostenvoranschläge/Versorgungsanzeigen gemäß dem Rahmenvertrag elektronisch zu übermitteln. Die HEK bedient sich dabei der internetbasierten Kostenvoranschlagsplattformen der Firma

optadata.com GmbH, Leimkugelstr. 13, 45141 Essen

Der Mitgliedsbetrieb stellt dabei seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für den Datenaustausch sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu vereinbaren. Aus dieser Plattform heraus werden der HEK die Kostenvoranschläge übermittelt. Die HEK wiederum übermittelt ihre Entscheidungsdaten (Genehmigungen/Ablehnungen) an die Internetplattform. Von dort werden sie dem Mitgliedsbetrieb zur Verfügung gestellt.

Der Betreiber der Kostenvoranschlagsplattform ist vertraglich verpflichtet, Schnittstellen zu allen gängigen Branchensoftware-Produkten der Mitgliedsbetriebe vorzuhalten bzw. sofern nicht vorhanden, bei Bedarf zu schaffen.

Die ärztliche Verordnung und sonstige neben dem Kostenvoranschlag erforderlichen Dokumente (z.B. Zustandserhebungsbogen für die Kompressionsversorgung lymphologischer Patienten) sind im tif-, PDF- bzw. jpg-Format zu übermitteln. Im Falle der Verordnung sind im Image Vorder- und Rückseite abzulegen. Die maximale Größe einzuscannender Dokumente beträgt DIN A4. Die maximale Größe je Image darf 5 MB nicht überschreiten.

Die HEK behält sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen/ Versorgungsanzeigen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvoranschläge/ Versorgungsanzeigen einschließlich der eingereichten Unterlagen unverzüglich an den Mitgliedsbetrieb zurückzusenden bzw. den Mitgliedsbetrieb über die Kostenvoranschlagsplattform über die Nichtbearbeitung zu informieren.

II. Rechnungslegung (gemäß § 302 SGB V)

Die Abrechnung der auf der Basis dieses Vertrages erbrachten Leistungen wird nach erfolgter Versorgung vorgenommen. Der Leistungserbringer sendet die Rechnungen unter Beifügung aller rechnungsbegründenden Unterlagen direkt an die Rechnungsanschrift des externen Abrechnungsdienstleisters der HEK.

Post- und Paketanschrift:
DAVASO GmbH
Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig

Service-Telefon Abrechnungsverfahren	0341 25920-37
Service-E-Mail Abrechnungsverfahren	info302@davaso.de
Service-Telefon Datenaustausch	0341 25920-66

Der Leistungserbringer und jede seiner Filialen verfügen über ein Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V, welches bei der Abrechnung mit der HEK verwendet wird. Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Die unter dem gegenüber der HEK verwandten IK bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind für die Abrechnungsbegleichung durch die HEK verbindlich. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der HEK bei der Abrechnung nicht berücksichtigt. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die HEK oder den Abrechnungsdienstleister DDG werden nicht berücksichtigt.

Das gegenüber der HEK eingesetzte IK ist der Präqualifizierungsstelle bei der Prüfung nach § 126 Abs. 1a SGB V mitzuteilen. Spätere Änderungen des IK sind der Präqualifizierungsstelle ebenfalls mitzuteilen. Abrechnungen mit der HEK erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK berechtigen die HEK zur Abweisung der Abrechnung.

Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V - im folgenden Richtlinien genannt - in der jeweils gültigen Fassung.

Die Abrechnung hat mindestens folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten
- Urbelege
 - Die ärztliche Verordnung im Original (vgl. § 3 Abs. 1 a der Anlage 1) oder
 - den Auftrag (Genehmigung) der HEK (vgl. § 3 Abs. 1 b der Anlage 1) (Original oder Kopie) oder
 - das Auftragsschreiben der HEK (vgl. § 3 Abs. 1 c der Anlage 1) (Original oder Kopie).
 - Die Empfangsbestätigung des Versicherten (Original oder Kopie)
 - Die Genehmigung der HEK, sofern erforderlich (in Papierform oder im Rahmen der Datenübermittlung nach § 302 SGB V)
- eine Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung)
- Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

Nach § 302 Abs. 1 SGB V ist der Leistungserbringer verpflichtet, der HEK die Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

- Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der HEK unter Ziffer 1 benannte Abrechnungsstelle zu liefern. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte bzw. sortierte Urbelege, die die Bedingungen der Richtlinien nach § 302 SGB V nicht erfüllen, werden mit einem entsprechenden Fehlerhinweis an den Absender zurückgesendet. Daraus entstehende Zeitverzögerungen bei der Rechnungsprüfung und –bezahlung sind nicht von der HEK zu verantworten.
- Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, hat die HEK gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen.
- Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 2 bei der von der HEK benannten Abrechnungsstelle anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die unter Abschnitt 9 der Richtlinie nach § 302 SGB V beschriebenen Bedingungen für das Testverfahren sind zwingend einzuhalten.
- Zur Sicherstellung der Vergütung von erbrachten Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase durchzuführen. Hierzu ist eine vorherige Anmeldung bei den von den Kassen benannten Datenannahmestellen erforderlich. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein. Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase beenden, wenn er der jeweils von den Kassen benannten Annahmestelle dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat.
- Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.

In der Rechnung sind folgende Angaben, soweit sie zutreffen, zwingend erforderlich:

- IK des Leistungserbringers
- Versichertendaten, insbesondere die Versichertennummer
- der Leistungserbringergruppenschlüssel nach Anlage 1
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses
 - existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Abs.2 SGB V erfolgen
- Kennzeichen für Hilfsmittel (KZH)
- Faktor (Menge) der abgegebenen Leistung
- Rechnungs- und Belegnummer
- Bruttowert der Verordnung und zu zahlender Zuzahlungsbetrag, sofern nicht zuzahlungsbefreit
- mit dem Versicherten abgerechnete Mehrkosten nach § 33 Abs.1 Satz 5 SGB V (d.h. ggf. anfallende Mehrkosten sind bei der Abrechnung zwingend anzugeben, falls keine Mehrkosten anfallen ist das Feld mit "0 Euro" zu füllen.)
- von den Kassen vergebenes Genehmigungskennzeichen.

Der Einzug der Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V erfolgt durch den Leistungserbringer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen.

In der Abrechnung ist der 7-stellige Leistungserbringergruppenschlüssel anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die in diesem Vertrag bzw. der Anlage aufgeführten Versorgungs- und Leistungen abgerechnet werden.

Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach § 302 SGB V kann der von der HEK beauftragte Abrechnungsdienstleister nach Ziffer 1 die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Sollten maschinell übermittelte Abrechnungsdaten oder Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern und deren Urbelege nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bei der benannten Stelle eingehen, werden die vorhandenen Urbelege zur Neueinreichung an den Rechnungssteller zurückgegeben.

Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die HEK innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei dem jeweils zuständigen Abrechnungsunternehmen. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend.

Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Dem Leistungserbringer ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung der Rechnungsunterlagen hinaus eine so genannte nachgelagerte Rechnungsprüfung durchgeführt wird, innerhalb derer eine vollständige Prüfung der Berechtigung der Abrechnung stattfindet. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der HEK bleiben insoweit unberührt.

Anhang 01: Muster
Bestätigung über die Durchführung der Beratung gem. § 127 Abs. 5 Satz 1 und
2 SGB V

(vgl. § 10 Abs. 2 Rahmenvertrag)

Name, Vorname Versicherter:

KVNR oder Geburtsdatum:

Beratene Person (Versicherte/r, Betreuung):

Hilfsmittel:

Verordnungsdatum:

Eingangsdatum der Verordnung:

Leistungserbringer (Firmenstempel oder IK-Nummer):

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

☐ persönliche Beratung in den Geschäftsräumen

☐ telefonische Beratung

☐ Beratung am Aufenthaltsort des Versicherten:

☐ Hausbesuch,

☐ Krankenhaus,

☐ Pflegeheim

☐ sonstiger Ort: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich zum o.g. Datum gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 127 Abs. 5 SGB V) entsprechend beraten worden bin, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

Unterschrift Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

*Auf die Unterschrift Versicherte/r wird bei telefonischer Beratung verzichtet.

Anhang 02:

Gutachterverfahren

1. Gem. § 275 Abs.3 SGB V können die Kassen die Qualität der Versorgung durch den MD prüfen lassen. Werden vom Leistungserbringer bei Streitigkeiten über die Qualität der durchgeführten Versorgung Gutachten des MD nicht anerkannt, muss der Leistungserbringer ein Gutachterverfahren durch öffentlich bestellte und vereidigte Gutachter für das Orthopädieschuhtechnikerhandwerk beantragen. Auch die Krankenkassen haben die Möglichkeit, ein Gutachterverfahren einzuleiten.
2. Das Ergebnis des Gutachterverfahrens ist für die Krankenkassen und die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer bindend.
3. Liegen gemäß dem durchgeführten Gutachten Qualitätsmängel in der Versorgung vor, werden die Kosten des Gutachterverfahrens vom Leistungserbringer getragen. Wurden keine Qualitätsmängel ermittelt, werden die Kosten des Gutachterverfahrens von den Krankenkassen getragen.
4. Der Vertragspartner stellt den Krankenkassen auf Anforderung eine jeweils aktuelle Liste der öffentlich bestellten und vereidigten Gutachter für das Orthopädieschuhtechnikerhandwerk zur Verfügung.

Anhang 03: Muster
Erklärung des/der Versicherten und der Betreuungsperson über das
Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (Mehrkostenerklärung)

Name, Vorname Versicherter:
KVNR oder Geburtsdatum:

Verordnungsdatum:

Leistungserbringer (Firmenstempel oder IK-Nummer):
Beratende/r Mitarbeiter/in:

Höhe der Mehrkosten:

Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und deren Maßgabe voll erfüllt, informiert worden. Ich habe ausdrücklich eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.

Mit der Zahlung der oben benannten Mehrkosten für das von mir ausgewählte Hilfsmittel bin ich einverstanden. Das gilt auch für etwaige Mehrkosten, die in der Folge hierfür anfallen können.

Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Beratende/r Mitarbeiter/in

Unterschrift Betreuungsperson

Betreuungsperson (Name in Druckbuchstaben)

Protokollnotiz zum Rahmenvertrag über die Regelung von Genehmigungsfreigrenzen der BARMER

Gemäß den Anlagen dieses Vertrages ist für Versorgungen mit Hilfsmitteln, die von diesem Vertrag umfasst sind, grundsätzlich eine Versorgungsanzeige bzw. ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Es gelten die folgenden Ausnahmen von diesem Grundsatz:

A. Preislich geregelte Hilfsmittel

Die BARMER verzichtet bis auf Widerruf für die in den Anhängen 1 - 3 preislich geregelten Hilfsmittel auf die Übersendung von Versorgungsanzeigen/Kostenvorschlägen gem. § 6 des Rahmenvertrages, wenn die Kosten des Hilfsmittels (inkl. aller notwendigen Zusätze, Zubehör, Zurichtungen etc.) den Betrag von 150,00 EUR zzgl. Mehrwertsteuer nicht überschreiten.

Mischverordnungen nach § 6 Ziffer 3 fallen nicht unter die Genehmigungsfreigrenze.

B. Preislich nicht geregelte Hilfsmittel

Für die von den Anhängen umfassten Produktarten und Produkte, die preislich nicht geregelt sind, ist der BARMER unabhängig vom Wert des Produktes generell ein Kostenvoranschlag gemäß § 6 des Rahmenvertrages zur Genehmigung einzureichen.

C. Reparaturen

Bei Reparaturen verzichtet die BARMER bis auf Widerruf auf die Übersendung von Kostenvorschlägen/Versorgungsanzeigen gem. § 6 des Rahmenvertrages, wenn die Reparaturkosten den Betrag von 150,00 EUR zzgl. Mehrwertsteuer nicht überschreiten.

Protokollnotiz zum Rahmenvertrag über die Regelung von Genehmigungsfreigrenzen der TK und der HEK

Gemäß den Anlagen dieses Vertrages ist für Versorgungen mit Hilfsmitteln, die von diesem Vertrag umfasst sind, grundsätzlich eine Versorgungsanzeige bzw. ein Kostenvoranschlag zur Genehmigung einzureichen. Es gelten die folgenden Ausnahmen von diesem Grundsatz:

A. Preislich geregelte Hilfsmittel

Abweichend von den Regelungen in den Anhängen 1 - 3 verzichtet die TK bzw. HEK bis auf Widerruf für die in den Anhängen zu den Anlagen preislich geregelten Hilfsmittel auf die Übersendung von Versorgungsanzeigen/Kostenvoranschlägen gem. § 6 des Rahmenvertrages, wenn die Kosten des Hilfsmittels (inkl. aller notwendigen Zusätze, Zubehör, Zurichtungen etc.) den Betrag von

- 150,00 EUR in den Anhängen 1 - 3 geregelten Produkten

zzgl. Mehrwertsteuer nicht überschreiten.

Mischverordnungen nach § 6 Ziffer 3 fallen nicht unter die Genehmigungsfreigrenze.

B. Preislich nicht geregelte Hilfsmittel

Für die von den Anhängen 1 - 3 umfassten Produktarten und Produkte, die preislich nicht geregelt sind, verzichtet die TK bis auf Widerruf darüber hinaus bis zu einem Wert von

- 150,00 EUR in den Anhängen 1 - 3 geregelten Produkten

zzgl. Mehrwertsteuer je Hilfsmittel auf die Übersendung von Kostenvoranschlägen gem. § 6 des Rahmenvertrages.

C. Sonderregelung

Wird für ein grundsätzlich genehmigungsfreies Hilfsmittel ausnahmsweise eine Genehmigung benötigt, ist im eKV die Produktbesonderheit 9999999999 und eine Begründung für die Einreichung anzugeben. Diese Produktbesonderheit gilt nur für diesen einzelnen Sachverhalt.

Anlage 1 zum Rahmenvertrag Schuhe PG 31 2022

**Vereinbarung über die Lieferung von orthopädischen Maßschuhen, orthopädischen
Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierten Therapieschuhen und
Änderungen/Instandsetzungen an orthopädischen Schuhen sowie Sonstigem
(Produktgruppe 31)**

§ 1 Liefervoraussetzungen

1. Grundlage für die Auswahl der geeigneten Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen ist die ärztliche Verordnung. Enthält die ärztliche Verordnung keine konkreten Angaben zur erforderlichen Versorgung, ermittelt der Leistungserbringer auf Basis des Befundes und der Zuordnungstabelle in Anhang 1a zur Anlage 1 die für den Versicherten notwendige Versorgung. Ausnahme: bei Diabetesversorgungen müssen ausführliche Angaben zum Diabetestyp (Typ I bis VI) und die dazugehörige Risikoklasse auf der ärztlichen Verordnung enthalten sein. Ist dies nicht der Fall muss eine Klärung mit dem behandelnden Arzt herbeigeführt werden.
2. Kommen mehrere Kategorien bei einem Befund in Betracht, sind die erforderlichen Ausstattungsmerkmale der orthopädischen Maßschuhe maßgeblich für die Auswahl der Kategorie. In diesen Fällen ist die Auswahl der bedarfsgerechten Kategorie unter Anwendung der Zuordnungstabelle in Anhang 1a zur Anlage 1 immer mit der niedrigst möglichen Kategorie zu beginnen („Kaskaden-Versorgung“).
3. Nach der Auswahl der geeigneten Versorgung erstellt der Leistungserbringer den individuellen Leisten.
4. Für preislich geregelte Produkte ist der Krankenkasse im Vorfeld der Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen eine Versorgungsanzeige gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages unter Beifügung der ärztlichen Verordnung zur leistungsrechtlichen Prüfung einzureichen. Für die Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen ist der Versorgungsanzeige gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages zwingend das in Anhang 1c zur Anlage 1 geregelte Formular vollständig ausgefüllt beizufügen.

Wird ein Versicherter erstmalig mit orthopädischen Maßschuhen versorgt, ist dem MD - auf dessen Verlangen oder auf Anforderung der Krankenkasse - zusätzlich die bemaßte Trittspur zu übersenden. Die bemaßte Trittspur ist dabei vollständig auszufüllen (z.B. Ballenbreite, Zehenhöhe und bei Fehlstellung entsprechend in Gradzahl oder in x-cm anzugeben etc.). Handelt es sich um eine Erstversorgung von orthopädischen Maßschuhen ist dem MD ergänzend zu der Trittspur auf Anforderung eine Fotodokumentation im unbestrumpften und nicht verbundenen sowie im stehenden Zustand aus 4 Ebenen (von vorn, hinten und den Seiten) zu übermitteln. Bei Folgeversorgungen mit orthopädischen Maßschuhen ist die Übermittlung der bemaßten Trittspur und ggf. einer Fotodokumentation nur dann erforderlich, wenn sich die Indikation bzw. Kategorie im Vergleich zur vorangegangenen Versorgung ändert.

5. Es gilt eine Genehmigungsfreigrenze in Höhe von 150,00 Euro für den gesamten Produktbereich 31 Schuhe. Für die Zurichtung an konfektionierten Schuhen ist eine Versorgungsanzeige gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages von Versorgungen über 150,00 Euro zzgl. Mehrwertsteuer notwendig. Mischverordnungen nach § 6 Ziffer 3 fallen nicht unter die Genehmigungsfreigrenze.

Für die BARMER gilt der Gesamtwert der jeweiligen Versorgung, bei Schuhzurichtungen die Gesamtkosten aller erforderlichen Zurichtungen - aufgeschlüsselt je Schuhseite (links und/oder rechts) - die für den Versicherten ausschlaggebend sind. Für die TK und HEK ist der Zeilenwert der Verordnung, das heißt die Hilfsmittelposition multipliziert mit der Anzahl, ausschlaggebend.

6. Bei Zurichtungen an konfektionierten Schuhen ist die als Anhang 2a zur Anlage 1 vereinbarte Patientenerklärung oder die Stempelösung auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung vom Leistungserbringer auszufüllen und vom Versicherten zu unterschreiben. Dabei hat der Leistungserbringer die Angaben des Versicherten zu seinen Vorversorgungen mit seiner Dokumentation in der Patientendatei abzugleichen und durch Unterschrift die Richtigkeit der Angaben nach seiner eigenen Dokumentation zu bestätigen. Die Patientenerklärung ist zwei Jahre vom Leistungserbringer aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.
7. Die qualifizierte Versorgung von Diabetikern erfordert besondere Voraussetzungen:
 - Die Versorgung kann erst nach einer ausführlichen ärztlichen Diagnostik des diabetischen Fußsyndroms vorgenommen werden.
 - Es sind spezielle Kenntnisse des Leistungserbringers über Diabetes notwendig. Zur Versorgung von Diabetikern ist der Leistungserbringer daher nur dann berechtigt, wenn die Versorgung von Mitarbei-

tern durchgeführt wird, die erfolgreich den Kurs „Versorgung des diabetischen Fußes, Teil I-IV“ abgeschlossen haben und ein entsprechendes Zertifikat/Teilnahmebestätigung nachweisen können, dass den Richtlinien des DGOOc entspricht.

- Soweit der Leistungserbringer Versorgung nach dem jeweils gültigen Versorgungsbereich 31 F erbringen möchte, überprüft Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband im Vorhinein das Vorliegen der Voraussetzungen. Es gelten die aktuellen Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses und die jeweils gültige Fassung der Eignungskriterien (PQ). Es darf durch eine gemeinsame Nutzung der Geräte zur Fußdruckmessung durch mehrere Betriebe die zeitnahe Versorgung der Versicherten nicht beeinträchtigt werden.
- 8. Versorgung nach dieser Anlage sind in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach § 127 Abs. 4a Satz 1 SGB V ist der Kasse auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Für die sonstige personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung eines Versicherten gilt dies nur, soweit der Versicherte hierin nach vorheriger Information schriftlich eingewilligt hat. Orthopädische Maßschuhe sind mit dem Fertigungsdatum und dem Namen des Leistungserbringers zu kennzeichnen. Das Fertigungsdatum und der Name des Leistungserbringers sind am Schuh sowie auf der Fußbettung zu kennzeichnen. Die dauerhafte und leicht lesbare Kennzeichnung hat unter Angabe des Abgabemonats und des Herstellungsjahres in den Schuhen, vorzugsweise auf dem Quartier oder der Brandsohle mit Schlagstempel, zu erfolgen.
- 9. Abweichend von § 1 Ziffer 15 des Rahmenvertrages können vom Leistungserbringer verwendete Formulare von der in diesem Vertrag vereinbarten Form abweichen, wenn sie den Inhalten der in diesem Vertrag geregelten Formulare entsprechen.

§ 2 Leistungspflicht

1. Für orthopädische Maßschuhe gilt grundsätzlich eine Mindestgebrauchszeit von 2 Jahren. Bei einer erneuten Versorgung muss eine Verschleißbescheinigung vorgelegt werden. Für orthopädische Haus-, Sport- und Badeschuhe gilt eine Mindestgebrauchszeit von 4 Jahren. Eine Ersatzbeschaffung kommt damit bei orthopädischen Maßschuhen und bei orthopädischen Haus-, Sport- und Badeschuhen grundsätzlich erst nach den oben genannten Zeiträumen in Betracht.
2. Für Versicherte, die einen Anspruch auf die Versorgung mit orthopädischen Hausschuhen haben, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für ein Wechselfaar Hausschuhe, wenn der Versicherte aufgrund seiner Lebenssituation anstatt Straßenschuhe überwiegend Hausschuhe benötigt (z. B. Heimbewohner) und auch außerhalb der Wohnung auf die Nutzung von Hausschuhen angewiesen ist (z. B. rollstuhlbedürftige Versicherte).
3. Der Mitgliedsbetrieb hat innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt der Verordnung und/oder Genehmigung mit dem Versicherten Kontakt aufzunehmen, um den Versorgungsablauf zu besprechen. Die Versorgung von Maßschuhen ist innerhalb von 8 Wochen sicherzustellen. Reparaturen am Maßschuh, Therapieschuh mit Sonderzurichtungen sowie Zurichtungen am konfektionierten Schuh sind innerhalb von 4 Wochen ab Genehmigung durchzuführen. Verzögernde Gründe sind bei Beanstandungen des Versicherten zu dokumentieren und auf Verlangen zu übermitteln. Bei unbegründeter Verzögerung oder Verzögerungen, welche im Verschulden des Leistungserbringers liegen, kann gemäß § 17 „Vertragsverletzungen, Vertragsstrafen, Kündigung“, Ziffer 6 des Rahmenvertrages eine Vertragsstrafe erhoben werden.
4. Mangelhafte Versorgung sind durch den Mitgliedsbetrieb kostenfrei zu prüfen und wenn notwendig nachzubessern. Die Nachbesserung/-en ist/sind innerhalb von 4 Wochen ab Meldung des Versicherten abschließend durchzuführen. Kann der Schuh nicht innerhalb der Frist nachgebessert werden ohne das Gründe vorliegen, welche nicht vom Mitgliedsbetrieb zu vertreten sind, so erfolgt die Rückforderung des geleisteten Betrages inkl. des vom Versicherten gezahlten Eigenanteils zum Gebrauchsgegenstand Schuh.
5. Bei einer Versorgung mit orthopädischen Schuhen ist die zusätzliche Ausstattung mit Zurichtungen oder mit Schuheinlagen der PG 08 „Einlagen“ am konfektionierten Schuhen ausgeschlossen.

Können die Leistungen infolge Ablebens des Versicherten nicht abgegeben werden, so werden die nicht mehr verwendbaren Teile und erbrachten Leistungen bis zum entsprechenden Teilabschnitt übernommen.

Dabei wird berücksichtigt, dass Anprobe/Abholung und die Nacharbeiten in diesen Fällen auf jeden Fall entfallen. Diese machen vom Gesamtpreis 7,3 v.H.aus, sodass 92,7 v.H.der Kosten bei fertiggestellten Schuhen trotzdem anfallen.

Dies bedeutet, dass im konkreten Einzelfall und unter der Voraussetzung, dass eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt, folgende Kosten der genehmigten Gesamtsumme im Sinne des nachfolgend skizzierten "Drittelprinzips" abgerechnet werden können:

- 30 %: vorgelagerte Verwaltung (Vorgang anlegen, eKV, interne Steuerung), Anmessen, Arbeitsvorbereitung & Leistenkontrolle sowie Bettungsarbeiten sind abgeschlossen
- 60 %: Schafbestellung/-herstellung und Zwicken sind erfolgt
- 92,7 %: Bodenbau, Ausputz, Nacharbeiten, Dokumentation sind erfolgt und nachgelagerte Verwaltung (Abrechnung, Ablage, QM- Anforderungen, etc.) werden angestoßen

Eine Abrechnung dieser Leistungen ist ausschließlich innerhalb von 6 Monaten nach Kenntnisstand der vorstehend beschriebenen Situationen möglich.

Konfektionierte Therapieschuhe mit nachgewiesener orthopädischer Schuhzurichtung und/oder Einlagenversorgung können unter den gleichen Bedingungen abgerechnet werden wie unter dem vorherig beschriebenen Punkt.

Es ist der Krankenkasse ein erneuter Kostenvoranschlag unter Angabe der bisher durchgeführten Arbeiten einschließlich Belege/Dokumentation einzureichen. Es erfolgt eine Bewilligung auf das nachvollziehbare Drittel, welche zur Abrechnung – ohne Unterschrift des Versicherten – berechtigt.

6. Der Leistungserbringer ist verpflichtet den Versicherten verschiedene Hersteller und eine Auswahl an konfektionierten Produkten je 7-Steller vorzuhalten. Eine Abgabe von nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Schuhen (z. B. Wanderschuhe anstelle von Therapieschuhen) ist nicht statthaft. Es sind alle im Anhang 3 aufgeführten erforderlichen Leistungen/Zusatzarbeiten mit dem Vertragspreis abgegolten. Alle Dienstleistungen sind im Rahmen der Versorgung umfasst. Weitere medizinische erforderliche Leistungen/Zusatzarbeiten sind zu begründen und erfordern eine ärztliche Verordnung. Die konkrete Angabe der Bezeichnung bei Therapieschuhen ist im Kostenvoranschlag/in der Versorgungsanzeige aufzuführen.
7. Orthopädischen Schuhen der Kategorie 2 (Diabetesschutzschuh) sind gemäß den Ausführungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu fertigen, mit einer geschlossenen Vorder- und Hinterkappe. Eine zehen- und/oder fersenfremde Versorgung (z. B. Sandalen) scheidet grundsätzlich aus (vgl. Hilfsmittelverzeichnis).
8. Ein Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit orthopädischen Badeschuhen besteht nur dann, wenn die Badeschuhe im Zusammenhang mit anderen medizinisch-therapeutischen Leistungen, wie z. B. Wassergymnastik ärztlich verordnet werden, für deren Ausführung Badeschuhe erforderlich sind.
9. Ein Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Sportschuhen besteht nur dann, wenn sie zur Teilnahme an anderen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erforderlich sind (z. B. Funktionstraining/Reha-Sport), die Leistungen auf Dauer ärztlich verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Krankenkasse übernimmt des Weiteren die Kosten für Sportschuhe, soweit diese für die im Rahmen der Schulpflicht vorgesehene Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

§ 3 Leistungsvergütung

1. Die Preise für orthopädische Maßschuhe, orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, konfektionierte Therapieschuhe sowie Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh und Sonstiges ergeben sich aus den Anhängen 1, 2, 3 und 4. Die angegebenen Preise sind Nettopreise zzgl. der jeweils geltenden Mehrwertsteuer. Von den Abrechnungspreisen ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des Versicherten sowie ggf. der jeweils aktuelle Eigenanteil des Versicherten am allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens abzuziehen.
2. In den Preisen sind alle für die Versorgung erforderlichen Leistungen sowie Anproben enthalten, soweit in den Anhängen nichts anderes geregelt ist.

3. In den Kategorien 3 bis 5 sind bei der Versorgung von Diabetikern bei entsprechender ärztlicher Verordnung einer Diabetesausstattung die in Anhang 1f vorgesehenen jeweiligen Vergütungsbeträge für den orthopädischen Maßschuh inklusive Diabetesausstattung abrechnungsfähig. Der Zuordnung der Risikogruppen beim Diabetischen Fußsyndrom zu den vereinbarten Versorgungskategorien liegt das in Anhang 1b dargestellte Schema zugrunde.
4. Für in dieser Vereinbarung nicht preislich geregelte Produkte gilt eine generelle Verpflichtung zum Einreichen eines Kostenvoranschlags gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages. Die Vorlage eines Kostenvoranschlags ist bis auf Widerruf durch die Kasse nicht notwendig, wenn der Wert des Hilfsmittels 150,00 Euro netto nicht überschreitet.
5. Eine separate Abrechnung nach Position 31.03.06.0004 „Leistenumstellung nach Maß“ ist nur dann möglich, wenn aufgrund von Veränderungen der Fußform bei Erwachsenen der Fuß um mindestens 1,5 cm länger, dicker oder dünner geworden oder bei Kindern ggf. bereits bei kleiner abgestuften Veränderungen aufgrund von Wachstum oder anatomischen Veränderungen eine Leistenumstellung erforderlich ist. In beiden Fällen ist eine ärztliche Verordnung über die Leistenumstellung zwingend erforderlich.
6. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Gewährleistungsvorschriften.
7. Ist nach der Auslieferung und Abnahme des Schuhs/der Schuhe aus in der Person des Versicherten liegenden Gründen (z. B. geändertes Krankheitsbild, Wachstum) eine Änderung, Ergänzung oder Instandsetzung eines orthopädischen Maßschuhs erforderlich, so ist hierfür der Krankenkasse ein gesonderter Kostenvoranschlag gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages zur Genehmigung einzureichen. Im Kostenvoranschlag ist die Schuhart (Straßenschuh/Hausschuh etc.) sowie der Grund für die Leistung anzugeben. Die Gewährleistung für die Passform von 6 Monaten gilt in diesen Fällen nicht.

§ 4 Gutachterverfahren

1. Gemäß § 9 des Rahmenvertrages kann die Kasse die Qualität der Versorgung durch den Medizinischen Dienst (MD) prüfen lassen. Werden vom Leistungserbringer bei Streitigkeiten über die Qualität der durchgeführten Versorgung Gutachten des MD nicht anerkannt, muss der Leistungserbringer ein Gutachterverfahren durch öffentlich bestellte und vereidigte Gutachter für das Orthopädieschuhtechnikerhandwerk beantragen.
2. Das Ergebnis des Gutachterverfahrens ist für die Kasse und die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer bindend.
3. Die Kosten des Gutachterverfahrens werden bei berechtigten Beanstandungen des MD-Gutachtens von der Kasse, ansonsten vom Leistungserbringer getragen.
4. Eine aktuelle Liste der vereidigten Gutachter kann über den Link <https://www.svd-handwerk.de/suche.php> eingesehen werden.



Orthopädische Schuhe	Schutzschuhe mit konfektionierter Weichpolster-einlegesohle	Schutzschuhe mit individueller Fußbettung	Orthopädische Maßschuhe	Orthopädische Maßschuhe mit Zusatzanteil	Orthopädische Maßschuhe mit hohem Zusatzanteil
Indikation/Kategorisierung					
individuelle Anforderung an die Versorgung	enthalten in				
	1	2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
Abrollsohle		x	x	x	x
Schmetterlingsrolle			x	x	x
Sohlenversteifung		x	x	x	x
Puffer- /Abrollabsatz		x	x	x	x
Stützwalklasche					x
Zusatzarbeiten bei Zehen- / Vorfußamputation			x	x	x
Peronäuskappe klein				x	x
Knöchelkappe innen				x	x
Knöchelkappe außen				x	x
Knöchelkappe innen + außen				x	x
Peronäuskappe groß					x
Arthrodeseenkappe					x
Zusatzarbeiten bei Beinlängendifferenz →			bis 4 cm	bis 8 cm	ab 8,5 cm
Schafthöhe →			Halbschuh	bis 15 cm Knöchelleisten	über 15 cm Beinleisten

	Kategorie	1	2	3	4	5	
Nr.	Amputationen						Bemerkung
1	Amputation D1 im Grundgelenk			x			
2	Amputation längerer Mittelfußstumpf (Sharp)			x			
3	Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger)			x	x		Kat. 4 für Arbeiten mit Knöchelkappen
4	Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)			x	x		
5	PNP/pAVK - und Fußdeformität			x			siehe Diabetes, PNP/pAVK , Ind. Nr. 11-16
6	Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona Jäger)				x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen Kat. 5 für Arbeiten mit Arthrodeseenkappe
7	Amputation sehr kurzer Fußwurzelstumpf - Rückfußstumpf (Chopart, Pirogoff)					x	Kat. 5 für Arbeiten mit Arthrodeseenkappe
	Beinlängendifferenzen						
8	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 3 bis 4 cm			x			
9	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 4,5 bis 8 cm				x		zusätzlich Knöchelkappe bei Spitzfuß wenn erforderlich
10	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß ab 8,5 cm					x	zusätzlich Knöchelkappe bei Spitzfuß wenn erforderlich

	Diabetes, PNP/pAVK- und Fußdeformität					
11	Diabetes , PNP/pAVK Risikogruppe II		x			
12	Diabetes , PNP/pAVK Risikogruppe III		x			
13	Diabetes , PNP/pAVK Risikogruppe IV			x		
14	Diabetes , PNP/pAVK Risikogruppe V				x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
15	Diabetes , PNP/pAVK Risikogruppe VI			x	x	Kat. 3 gilt für Schuh über Orthese gefertigt Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen o. außen sowie innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
16	Diabetische Neuro-Osteoarthropatie (Charcot-Fuß) Akutversorgung mit Orthese (Risikogruppe VII)					Geregelt im OT Vertrag PG23
	Fußdeformitäten					
17	Hackenfuß (Pes calcaneos)		x			
18	Hohlfuß (Pes excavatos)		x			
19	Klumpfuß - Teilkontrakt			x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen außen
20	Klumpfuß - Kontrakt			x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen außen
21	Plattfuß mit nicht oder teilweise korrigierbarem Verlust des Längsgewölbes			x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen
22	Sichelfuß (Pes adductus)		x			
23	Spitz-Klumpfuß			x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen o. nur außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
	Fußwurzel-/Rückfußstörungen					
24	Apophysitis calcanei mit ausgeprägter Deformierung		x			
25	Calcaneusfraktur		x	x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen
26	Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen)		x	x		Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen
27	Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk			x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
28	Arthrodesenversorgung - postoperativ (Feststellabrollschuh)				x	Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe
	Lähmungen					
29	Lähmungen - schlaff		x	x	x	Kat. 3 gilt über Fußheberorthesen gefertigte Schuhe Kat. 4 gilt für Arbeiten mit kleiner Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit großer Peronäuskappe
30	Lähmungen - spastisch			x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit kleiner Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit großer Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe u. mit Stützwalklasche (Feststellschuh)
	Rheuma					
31	Rheumatische Füße ohne wesentliche Formveränderungen		x			
32	Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzeh sowie Hallux valgus)		x			
33	Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung			x	x	Kat. 4 gilt für Arbeiten mit Knöchelkappen innen o. außen sowie innen u. außen Kat. 5 gilt für Arbeiten mit großer Peronäuskappe Kat. 5 gilt für Arbeiten mit Arthrodesenkappe

	Traumata						
34	Traumatische Verletzungsfolgen, die zu groben Veränderungen der Fuß- und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen			x	x	x	Auswahl der Kategorie aufgrund der notwendigen Arbeiten
	Zehendeformitäten						
35	Hallux valgus bis 40 Grad			x			
36	Hammerzehen / Krallenzehen bis 3 cm			x			
37	Spreizfuß mit Hallux valgus über 40 Grad bzw. Hammerzehen (Krallenzehen) über 3 cm Höhe			x			
	Sonstige						
38	Gigantismus (Elephantiasisähnliche Zustände)				x		Kat. 4 aufgrund der Höhe
39	Lymphödem				x		Kat. 4 aufgrund der Höhe
40	Schuhe über Innenschuh oder Stützapparat/Prothesen/Orthesen			x			grundsätzlich nur Kat. 3 möglich



**Einteilung nach Risikogruppen
für die Schuhversorgung beim diabetischen Fuß**



Risikogruppe		Erläuterung	Regelversorgung
0	Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	Fußgerechte Konfektionsschuhe
I	Wie 0 mit Fußdeformität	Höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK	Orthopädiesschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	D. M. mit Sensibilitätsverlust durch PNP/pAVK	Sensibilitätsverlust nachgewiesen durch fehlende Erkennung des Semmes-Weinstein-Monofilaments	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer Weichpolstersohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit DAF oder orth. Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind / Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung / orthopädische Indikationen
III	Z. n. plantarem Ulcus	Deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II	Diabetesschutzschuh i.d.R. mit diabetesadaptierter Fußbettung, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit orth. Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind / Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung / orthopädische Indikationen
IV	Wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	Nicht nach konfektioniertem Leisten zu versorgen	orth. Maßschuhe mit DAF
V	DNOAP (LEVIN III)	Orthesen i. d. R bei DNOAP Typ IV-V (Sanders) oder bei starker Lotabweichung	Knöchelübergreifende orth. Maßschuhe mit DAF, Innenschuhe, Orthesen
VI	Wie II mit Fußteilamputation	mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amp.	Versorgung wie IV plus Prothesen
VII	Akute Läsion/floride DNOAP	stets als temporäre Versorgung	Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe, Interimsschuhe, Orthesen, ggf. mit DAF und orth. Zurichtungen

Kriterien für eine höhergradige Versorgung	
a)	Kontralaterale Major-Amputation
b)	Arthropathie Hüfte / Knie / OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung / Kontraktur
c)	Amputation der Großzehe / Resektion MFK I
d)	Motorische Funktionseinschränkung / Parese eines oder beider Beine
e)	Höhergradige Gang- und Standunsicherheit
f)	Extreme Adipositas (BMI ≥ 35)
g)	Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
h)	Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung
i)	Erhebliche Visuseinschränkung

Die Kriterien für eine höhergradige Versorgung müssen überprüfbar dokumentiert und die dazugehörigen Diagnosen müssen auf der ärztlichen Verordnung enthalten sein.

Im Einzelfall ist eine zu begründende Abweichung vom o. a. Schema mit aufwendigerer oder einfacherer Versorgung nach ärztlicher Indikation möglich.

Eine ärztliche Abnahme des verordneten Hilfsmittels zusammen mit dem Patienten ist immer erforderlich. Die Einweisung in das Hilfsmittel erfolgt durch den Hilfsmittellieferanten.



**Ausstattungsbeschreibung
für orthopädische Maßschuhe
Rezept bitte als Anlage beifügen**



Hauptindikationsnummer (Anhang 1a): links _____ rechts _____

Nebenindikationsnummer: links _____ rechts _____

Schuhkategorie (2-5): links _____ rechts _____

☐ Straßenschuhe

☐ Hauschuhe

☐ Sportschuhe

☐ Badeschuhe

☐ Interimsschuhe

☐ Arthrodesen/Innenschuh

Diabetes-Risikogruppe (Anhang 1 b): _____ ☐ **Diabetesausstattung**

Textfeld für Begründung/Sontiges:

individuelle Anforderung an die Versorgung

Abrollsohle ☐ links ☐ rechts Knöchelkappe innen ☐ links ☐ rechts

Schmetterlings-
sohle ☐ links ☐ rechts Knöchelkappe
außen ☐ links ☐ rechts

Sohlen-
versteifung ☐ links ☐ rechts Knöchelkappe
innen u. außen ☐ links ☐ rechts

Puffer-/Abrollabsatz ☐ links ☐ rechts Arthrodesen-
kappe ☐ links ☐ rechts

Peronäuskappe klein ☐ links ☐ rechts Vordere Stützlasche ☐ links ☐ rechts

Peronäuskappe groß ☐ links ☐ rechts

Zusatzarbeiten:

Höhenausgleich
bis 4 cm ☐ links ☐ rechts Höhenausgleich
bis 8 cm ☐ links ☐ rechts

Höhenausgleich ab
8,5 cm ☐ links ☐ rechts bei Zehen/Vorfuß-
amputation ☐ links ☐ rechts

links rechts
Geplante Schafthöhe _____ cm _____ cm

Die vorrangige Instandsetzung vorhandener Maßschuhe wurde geprüft: ☐ ja

Die beantragte Schuhversorgung ist:

- ☐ Ersatz für die Orth. Maßschuhe vom _____
☐ eine Wechsellversorgung



Befunderhebungsbogen „Diabetischer Fuß“



Name, Vorname Versicherte/r		Geburtsdatum	
Größe: _____	☐ DM Typ 1	Seit ca. Jahren	
Gewicht: _____	☐ DM Typ 2		
Klinischer Befund		Links	rechts
Vibrationsempfinden (D1 Grundgelenk)		 /8	 /8
Vibrationsempfinden (Außenknöchel)		 /8	 /8
Mikrofillamenterkennung (MFK plantar)		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Fußdeformitäten ☐ ja ☐ nein		☐ Hallux Valgus ☐ Krallenzehen ☐ _____	☐ Hallux Valgus ☐ Krallenzehen ☐ _____
Osteoarthropathie (klinischer Befund)		☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ florid	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt ☐ florid
Pedographischer Befund		☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ extreme Druckspitzen	☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ extreme Druckspitzen
Ulcus plantar		☐ nein ☐ abgeheilt ☐ akut	☐ nein ☐ abgeheilt ☐ akut
Fußzustand		☐ gepflegt ☐ ungepflegt	☐ gepflegt ☐ ungepflegt
Bisherige Versorgung			
☐ keine	☐ Weichbettungseinlagen	☐ Verbandschuh	☐ Schutzschuh ☐ Maßschuh
Anmerkungen:			

Datum Unterschrift/Stempel



Anhang 1e zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2022

Preisliste für Maßschuhe
Versorgungsbereich 31 A 15



Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

BARMER	16 96 025
TK/ HEK	16 96 385

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ABR-NR	Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer oder Pseudohilfsmittelnummer)
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2= ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweise zur Verwendung des Kennzeichens Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit

Kennzeichen Hilfsmittel „00“ = Neulieferung
Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe
Kennzeichen Hilfsmittel „04“ = Nachlieferung
Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner
Positionsnummer für Produktbesonderheiten "9900600000" = Wechselpaar
Produktbesonderheit Wechselpaar ist bei der Grundversorgung und Ersatzbeschaffung anzugeben (siehe Anmerkungen/Besonderheiten)

Kategorie 3	
Indikationen:	Amputation D1 im Grundgelenk
	Amputation längerer Mittelfußstumpf (Sharp)
	Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger)
	Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)
	PNP /pAVK – und Fußdeformität
	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 3 bis 4 cm
	Hackenfuß (Pes calcaneus)
	Hohlfuß (Pes excavatus)
	Sichelfuß (Pes adductus)
	Apophysitis calcanei mit ausgeprägter Deformierung
	Calcaneusfraktur (siehe Arthrose im Fußwurzelbereich)
	Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen)
	Lähmung - schlaff
	Rheumatische Füße ohne wesentliche Formveränderungen
	Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzehen sowie Hallux valgus)
	Hallux valgus bis 40 Grad
	Hammerzehen / Krallenzehen bis 3 cm
	Spreizfuß mit Hallux valgus über 40 Grad bzw. Hammerzehen (Krallenzehen) über 3 cm Höhe
	Schuh für Innenschuh oder Stützapparat/Prothesen/Orthesen
Indikation	Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen
Interimsversorgung:	Postoperative Versorgung
	Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen
	Momentane Schwellungszustände

Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Kategorie 3 umfasst alle Indikationen, die mit Halbschuhen ausreichend versorgt werden können. Einzelheiten sind der Indikationsliste im Anhang 1a zur Anlage 1 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist ein in handwerklicher Einzelanfertigung hergestellter, individueller Maßschuh, der für den einzelnen geschädigten Fuß nach besonderem Maß - und Modellverfahren und über einem individuellen Leisten handwerklich gefertigt und schädigungsabhängig ggf. mit erforderlichen Zusatzarbeiten ausgestattet wird. Es handelt sich um einen geschlossenen Schuh, d. h. er ist weder fersen- und/oder zehenoffenen oder sandalenartig gestaltet. Orthopädische Maßschuhe (alle Produktarten) sind nicht kombinierbar mit Einlagen der Produktgruppe 08 „Einlagen“ und orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der Produktuntergruppe 31.03.04. (siehe Einzelproduktliste). Orthopädische Straßenschuhe sind orthopädische Maßschuhe für den Alltagsgebrauch im Außenbereich in strapazierfähiger Ausführung, die auch bei starker Beanspruchung funktionsfähig bleiben. Orthopädische Hausschuhe sind orthopädische Maßschuhe in leichter Ausführung, die überwiegend für den häuslichen Bereich vorgesehen sind. Orthopädische Sportschuhe werden für sportliche Betätigungen benutzt, die wegen vorhandener Fußdeformitäten mit handelsüblichen Sportschuhen nicht ausgeübt werden können. Orthopädische Badeschuhe sind wasserfeste Schuhe mit rutschfester Sohle. Orthopädische Interimsschuhe sind orthopädische Maßschuhe aus geeignetem, leichtem Schaftmaterial, die eingesetzt werden, wenn handelsübliche Konfektionsschuhe und Therapieschuhe postoperativ/posttraumatisch nicht geeignet sind, eine schnelle Mobilisation ansonsten nicht gehfähiger Versicherter zu ermöglichen, oder wenn mit anderen Hilfsmitteln keine ausreichende Mobilität erzielt werden kann. (Stand Hilfsmittelverzeichnis zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses)
Fertigung/Leistungsinhalt:	Leistenarbeit inkl. Änderung: Kammleisten: aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung) Schaft: Die Herstellung hat nach den vorgegebenen Maßen des Fußes und des Leistens aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Obermaterial, beim Straßen- und Hausschuh aus Leder, welches die allgemeine Nutzungsdauer nicht einschränkt, zu erfolgen. Auch industriell gefertigte oder extern hergestellte Schäfte können verwendet werden, wenn die Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Die Fütterung besteht aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Futtermaterial, beim Straßenschuh aus Leder und/oder Textilfutter, das abwaschbar ist. Der Schaft ist mit einer Lasche versehen, die zur Druckumverteilung unterpolstert ist. Der Schaft wird als Halbschuh gefertigt. Der Schaft ist mit einer nach beiden Seiten verlängerten und verstärkten Hinterkappe aus Leder oder/und aus thermoplastisch verformbaren und selbsttragenden Kunststoffen versehen. Die Verbindung von Schaft, Boden und Sohle hat in dauerhafter, dem Therapieziel entsprechender Ausführung zu erfolgen. Fußbettung: Die Fußbettung besteht aus einer langsohligen, der Fußform entsprechenden Ausgleichsbettung; bis 3,5 cm stark, aus formbeständigem Material, mit Abdeckung. Die Fußbettung muss eine dem Versorgungsziel entsprechende Materialelastizität aufweisen. Die Bettung muss aus dem Schuh herausnehmbar sein. Boden: Die Brandsohle muss aus Leder oder anderen mit Leder hinsichtlich der Stabilität und den physiologischen Eigenschaften für orthopädische Straßen- und Hausschuhe vergleichbaren und geeigneten Materialien gefertigt sein. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Interimsschuhen kann auch anderes, dem Versorgungsziel entsprechendes Brandsohlenmaterial verwendet werden. Die Brandsohle muss mit einem Leder- oder Kunststoffrahmen versehen sein. Vorhanden ist eine kurze Gelenkfeder aus Metall oder Kunststoff, mit Ausnahme der Badeschuhe. Sohle: Die Laufsohle und der Absatz müssen aus Gummi, Leder oder anderen geeigneten Materialien gefertigt und dem Verwendungszweck der Versorgung angepasst sein. Die Laufsohle muss mit einer Sohlenrolle, mindestens 3 mm stark, versehen werden. Die Laufsohle kann einen Abroll- oder Pufferabsatz oder vorgezogenen Schlepp-, Steg-, Flügel- oder Keilabsatz aufweisen. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Hausschuhen ist immer ein Keilabsatz erforderlich. Verschluss: Die Schuhe sind mit einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Verschluss (z. B. Schnürung, Klettverschluss, Reißverschluss) zu versehen.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten (incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

Kategorie 3

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh									
31.00.03.0320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.315,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.0310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		657,50 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh									
31.00.03.1320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.213,25 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.1310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		606,62 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh									
31.00.03.2320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.277,15 €	2	30,00 €	20,00 €	x
31.00.03.2310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		638,57 €	2	30,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh									
31.00.03.3320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.128,05 €	2	14,00 €	14,00 €	x
31.00.03.3310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		564,02 €	2	14,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh									
31.00.03.4320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.066,05 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.03.4310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		533,03 €	2	entfällt	entfällt	x

Kategorie 4	
Indikationen:	Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger)
	Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)
	Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger)
	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 4,5 bis 8 cm
	Klumpfuß – Teilkontrakt
	Klumpfuß – Kontrakt
	Plattfuß mit nicht oder teilweise korrigierbarem Verlust des Längsgewölbes
	Spitz-Klumpfuß
	Calcaneusfraktur
	Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen)
	Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk
	Lähmung – schlaff
	Lähmung – spastisch
	Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung
	Gigantismus (Elephantiasisähnliche Zustände)
	Lymphödem
Indikation	Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen
Interimsversorgung:	Postoperative Versorgung
	Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen
	Momentane Schwellungszustände

Produkt- Leistungsbeschreibung:	Kategorie 4 umfasst alle Indikationen, die i.d.R. mit einer knöchelübergreifenden Versorgung (bis 15 cm Höhe) ausreichend versorgt werden können. Einzelheiten sind der Indikationsliste im Anhang 1a zur Anlage 1 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist ein in handwerklicher Einzelanfertigung hergestellter, individueller Maßschuh, der für den einzelnen geschädigten Fuß nach besonderem Maß - und Modellverfahren und über einem individuellen Leisten handwerklich gefertigt und schädigungsabhängig ggf. mit erforderlichen Zusatzarbeiten ausgestattet wird. Es handelt sich um einen geschlossenen Schuh, d. h. er ist weder fersen- und/oder zehenoffenen oder sandalenartig gestaltet. Orthopädische Maßschuhe (alle Produktarten) sind nicht kombinierbar mit Einlagen der Produktgruppe 08 „Einlagen“ und orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der Produktuntergruppe 31.03.04. (siehe Einzelproduktliste). Orthopädische Straßenschuhe sind orthopädische Maßschuhe für den Alltagsgebrauch im Außenbereich in strapazierfähiger Ausführung, die auch bei starker Beanspruchung funktionsfähig bleiben. Orthopädische Hausschuhe sind orthopädische Maßschuhe in leichter Ausführung, die überwiegend für den häuslichen Bereich vorgesehen sind. Orthopädische Sportschuhe werden für sportliche Betätigungen benutzt, die wegen vorhandener Fußdeformitäten mit handelsüblichen Sportschuhen nicht ausgeübt werden können. Orthopädische Badeschuhe sind wasserfeste Schuhe mit rutschfester Sohle. Orthopädische Interimsschuhe sind orthopädische Maßschuhe aus geeignetem, leichtem Schaftmaterial, die eingesetzt werden, wenn handelsübliche Konfektionsschuhe und Therapieschuhe postoperativ/posttraumatisch nicht geeignet sind, eine schnelle Mobilisation ansonsten nicht gefährlicher Versicherter zu ermöglichen, oder wenn mit anderen Hilfsmitteln keine ausreichende Mobilität erzielt werden kann. (Stand Hilfsmittelverzeichnis zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses)
Fertigung/Leistungsinhalt:	Leistenarbeit inkl. Änderung: Knöchelleisten. Leisten- und Schafthöhe bis 15 cm aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung) Schaft: Die Herstellung hat nach den vorgegebenen Maßen des Fußes und des Leistens aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Obermaterial, beim Straßen- und Hausschuh aus Leder, welches die allgemeine Nutzungsdauer nicht einschränkt, zu erfolgen. Auch industriell gefertigte oder extern hergestellte Schäfte können verwendet werden, wenn die Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Die Fütterung besteht aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Futtermaterial, beim Straßenschuh aus Leder und/oder Textilfutter, das abwaschbar ist. Der Schaft ist mit einer Lasche versehen, die zur Druckumverteilung unterpolstert ist. Der Schaft wird als knöchelübergreifend bis 15 cm gefertigt. Der Schaft ist mit einer nach beiden Seiten verlängerten und verstärkten Hinterkappe aus Leder oder/und aus thermoplastisch verformbaren und selbsttragenden Kunststoffen versehen. Die Verbindung von Schaft, Boden und Sohle hat in dauerhafter, dem Therapieziel entsprechender Ausführung zu erfolgen. Fußbettung: Die Fußbettung besteht aus einer langsohligen, der Fußform entsprechenden Ausgleichsbettung; bis 3,5 cm stark, aus formbeständigem Material, mit Abdeckung. Die Fußbettung muss eine dem Versorgungsziel entsprechende Materialelastizität aufweisen. Die Bettung muss aus dem Schuh herausnehmbar sein. Boden: Die Brandsohle muss aus Leder oder anderen mit Leder hinsichtlich der Stabilität und den physiologischen Eigenschaften für orthopädische Straßen- und Hausschuhe vergleichbaren und geeigneten Materialien gefertigt sein. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Interimsschuhen kann auch anderes, dem Versorgungsziel entsprechendes Brandsohlenmaterial verwendet werden. Die Brandsohle muss mit einem Leder- oder Kunststoffrahmen versehen sein. Vorhanden ist eine kurze Gelenkfeder aus Metall oder Kunststoff, mit Ausnahme der Badeschuhe. Sohle: Die Laufsohle und der Absatz müssen aus Gummi, Leder oder anderen geeigneten Materialien gefertigt und dem Verwendungszweck der Versorgung angepasst sein. Die Laufsohle muss mit einer Sohlenrolle, mindestens 3 mm stark, versehen werden. Die Laufsohle kann einen Abroll- oder Pufferabsatz oder vorgezogenen Schlepp-, Steg-, Flügel- oder Keilabsatz aufweisen. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Hausschuhen ist immer ein Keilabsatz erforderlich. Verschluss: Die Schuhe sind mit einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Verschluss (z. B. Schnürung, Klettverschluss, Reißverschluss) zu versehen.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten (incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

Kategorie 4

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh									
31.00.03.0420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.671,20 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.0410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		835,60 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh									
31.00.03.1420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.532,75 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.1410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		766,37 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh									
31.00.03.2420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.617,95 €	2	30,00 €	20,00 €	x
31.00.03.2410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		808,97 €	2	30,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh									
31.00.03.3420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.523,04 €	2	14,00 €	14,00 €	x
31.00.03.3410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		761,52 €	2	14,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh									
31.00.03.4420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.442,00 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.03.4410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		721,00 €	2	entfällt	entfällt	x

Kategorie 5	
Indikationen:	Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger)
	Amputation sehr kurzer Fußwurzelstumpf-Rückfußstumpf (Chopart, Pirogoff)
	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß ab 8,5 cm
	Spitz-Klumpfuß
	Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk
	Arthrodesenversorgung – postoperativ
	Lähmung – schlaff
	Lähmung – spastisch
Indikation Interimsversorgung:	Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung
	Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen
	Postoperative Versorgung
	Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen
	Momentane Schwellungszustände

Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Kategorie 5 umfasst alle Indikationen, die i.d.R. mit einer Versorgung über 15 cm Schafthöhe gearbeitet werden müssen. Dies gilt grundsätzlich bei allen Arbeiten mit großen Peroneus- oder Arthrodesenkappen. Einzelheiten sind der Indikationsliste im Anhang 1a zur Anlage 1 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist ein in handwerklicher Einzelanfertigung hergestellter, individueller Maßschuh, der für den einzelnen geschädigten Fuß nach besonderem Maß - und Modellverfahren und über einem individuellen Leisten handwerklich gefertigt und schädigungsabhängig ggf. mit erforderlichen Zusatzarbeiten ausgestattet wird. Es handelt sich um einen geschlossenen Schuh, d. h. er ist weder fersen- und/oder zehenoffen oder sandalenartig gestaltet. Orthopädische Maßschuhe (alle Produktarten) sind nicht kombinierbar mit Einlagen der Produktgruppe 08 „Einlagen“ und orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der Produktuntergruppe 31.03.04. (siehe Einzelproduktliste). Orthopädische Straßenschuhe sind orthopädische Maßschuhe für den Alltagsgebrauch im Außenbereich in strapazierfähiger Ausführung, die auch bei starker Beanspruchung funktionsfähig bleiben. Orthopädische Hausschuhe sind orthopädische Maßschuhe in leichter Ausführung, die überwiegend für den häuslichen Bereich vorgesehen sind. Orthopädische Sportschuhe werden für sportliche Betätigungen benutzt, die wegen vorhandener Fußdeformitäten mit handelsüblichen Sportschuhen nicht ausgeübt werden können. Orthopädische Badeschuhe sind wasserfeste Schuhe mit rutschfester Sohle. Orthopädische Interimsschuhe sind orthopädische Maßschuhe aus geeignetem, leichtem Schaftmaterial, die eingesetzt werden, wenn handelsübliche Konfektionsschuhe und Therapieschuhe postoperativ/posttraumatisch nicht geeignet sind, eine schnelle Mobilisation ansonsten nicht gehfähiger Versicherter zu ermöglichen, oder wenn mit anderen Hilfsmitteln keine ausreichende Mobilität erzielt werden kann. (Stand Hilfsmittelverzeichnis zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses)
Fertigung/Leistungsinhalt:	Leistenarbeit inkl. Änderung: Sonderleisten/Beinleisten: Leisten- und Schafthöhe bis 30 cm aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung). Schaft: Die Herstellung hat nach den vorgegebenen Maßen des Fußes und des Leistens aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Obermaterial, beim Straßen- und Hausschuh aus Leder, welches die allgemeine Nutzungsdauer nicht einschränkt, zu erfolgen. Auch industriell gefertigte oder extern hergestellte Schäfte können verwendet werden, wenn die Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Die Futterung besteht aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Futtermaterial, beim Straßenschuh aus Leder und/oder Textilfutter, das abwaschbar ist. Der Schaft ist mit einer Lasche versehen, die zur Druckumverteilung unterpolstet ist. Der Schaft wird als Stiefel mit bis 23 cm Schaft-Aufbauhöhe gefertigt. Der Schaft ist mit einer nach beiden Seiten verlängerten und verstärkten Hinterkappe aus Leder oder/und aus thermoplastisch verformbaren und selbsttragenden Kunststoffen versehen. Die Verbindung von Schaft, Boden und Sohle hat in dauerhafter, dem Therapieziel entsprechender Ausführung zu erfolgen. Fußbettung: Die Fußbettung besteht aus einer langsohligen, der Fußform entsprechenden Ausgleichsbettung; bis 3,5 cm stark, aus formbeständigem Material, mit Abdeckung. Die Fußbettung muss eine dem Versorgungsziel entsprechende Materialelastizität aufweisen. Die Bettung muss aus dem Schuh herausnehmbar sein. Boden: Die Brandsohle muss aus Leder oder anderen mit Leder hinsichtlich der Stabilität und den physiologischen Eigenschaften für orthopädische Straßen- und Hausschuhe vergleichbaren und geeigneten Materialien gefertigt sein. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Interimsschuhen kann auch anderes, dem Versorgungsziel entsprechendes Brandsohlenmaterial verwendet werden. Die Brandsohle muss mit einem Leder- oder Kunststoffrahmen versehen sein. Vorhanden ist eine kurze Gelenkfeder aus Metall oder Kunststoff, mit Ausnahme der Badeschuhe. Sohle: Die Laufsohle und der Absatz müssen aus Gummi, Leder oder anderen geeigneten Materialien gefertigt und dem Verwendungszweck der Versorgung angepasst sein. Die Laufsohle muss mit einer Sohlenrolle, mindestens 3 mm stark, versehen werden. Die Laufsohle kann einen Abroll- oder Pufferabsatz oder vorgezogenen Schlepp-, Steg-, Flügel- oder Keilabsatz aufweisen. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Hausschuhen ist immer ein Keilabsatz erforderlich. Verschluss: Die Schuhe sind mit einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Verschluss (z. B. Schnürung, Klettverschluss, Reißverschluss) zu versehen.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten(incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

Kategorie 5

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh									
31.00.03.0520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.030,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.0510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.015,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh									
31.00.03.1520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.895,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.1510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		947,50 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh									
31.00.03.2520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.950,00 €	2	30,00 €	20,00 €	x
31.00.03.2510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		975,00 €	2	30,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh									
31.00.03.3520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.870,00 €	2	14,00 €	14,00 €	x
31.00.03.3510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		935,00 €	2	14,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh									
31.00.03.4520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.800,00 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.03.4510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		900,00 €	2	entfällt	entfällt	x

Änderungen/Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh 31.03.05 // Ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze 31.99.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang	Nettopreis	UST	Bemerkung	Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
31.03.05.1000		01	Bodenversteifung mit Einarbeitung	Verzinkter Federstahl, Langfeder, Stahlfeder oder Kunststoff, oder Stahlsohle, vom Absatz bis zur Fußspitze, Einarbeitung (Treiben) der Feder oder Stahlsohle (Plane Auflage), Ledergelenkstück über die ganze Länge	117,00 €	1		(x)
31.03.05.2000		01	Ersatzfußbettung	Walk-Lederdecke der Fußform angepasst (Leisten vorhanden), Korkausgleich oder andere gleichwertige Materialien, Einpassen in vorhandenen orthopädischen Schuh	103,00 €	1	Nicht abrechenbar mit den Positionen 31.03.05.2001 und 31.03.05.2002	(x)
31.03.05.2001		01	Neu Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung	Vorhandene Vorfuß- und/oder Fersenpolsterung erneuern	39,90 €	1	Nicht abrechenbar mit den Positionen 31.03.05.2000 und 31.03.05.2002	(x)
31.03.05.2002		01	Polstersohle mit Lederabdeckung	Neue Polstersohle mit Lederabdeckung nach Belastungsabdruck	43,50 €	1	Nicht abrechenbar mit den Positionen 31.03.05.2000 und 31.03.05.2001	(x)
31.03.05.2003		01	Neue Abdeckung der Fußbettung im Schuh		31,50 €	1		(x)
31.03.05.3000		01	Neues Lederfutter am Schaft und an der Lasche	Schaft und Lasche mit neuem Leder auskleiden	65,00 €	1		(x)
31.03.05.3001		01	Neues Lammfellfutter	Schaft und ggf. Lasche mit neuem Lammfell auskleiden	85,00 €	1		(x)
31.03.05.3003		01	Neues Entlastungspolster im Schaft	Entlastungspolster im Schaft erneuern	35,00 €	1		(x)
31.03.05.4000		01	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen	Schmetterlingsrolle in Untersohle und Lederbrandsohle mit Weichbettung, Aussparung von Sohle und Brandsohle mit Einarbeiten von Polstermaterial mit hoher Dämpfungseigenschaft	75,00 €	1		(x)
31.03.05.4001		01	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je cm (Sohle und Absatz)	Bei nach erfolgter Schuhversorgung aufgetretenen Beinlängen-differenzen	55,00 €	1		(x)
31.03.06.0004		01	Leistenumstellung nach neuen Maßen	Die Leistenumstellung muss ärztlich verordnet werden und kann für Erwachsene, bei denen der Fuß min. 1,5 cm länger, dicker oder dünner geworden ist, verordnet werden	76,00 €	1		x
31.99.01.0001		00	Großzehenersatz zur Volumenfüllung	Leistungsbeschreibung entsprechend Hilfsmittelverzeichnis	KV	2	Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orthopädischen Maßschuh ist diese Position mit dem Vertragspreis abgegolten.	x
31.99.01.1001		00	Großzehenersatz zur Volumenfüllung und Druckentlastung	Leistungsbeschreibung entsprechend Hilfsmittelverzeichnis	KV	2	Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orthopädischen Maßschuh ist diese Position mit dem Vertragspreis abgegolten.	x
31.99.01.2001		00	Zehenersatz zur Volumenfüllung, zweiter bis fünfter Zeh	Leistungsbeschreibung entsprechend Hilfsmittelverzeichnis	KV	2	Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orthopädischen Maßschuh ist diese Position mit dem Vertragspreis abgegolten.	x
31.99.01.3001		00	Zehenersatz zur Volumenfüllung und Druckentlastung, zweiter bis fünfter Zeh	Leistungsbeschreibung entsprechend Hilfsmittelverzeichnis	KV	2	Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orthopädischen Maßschuh ist diese Position mit dem Vertragspreis abgegolten.	x
31.99.02.0001		00	Mittelfußersatz zur Volumenfüllung	Leistungsbeschreibung entsprechend Hilfsmittelverzeichnis	KV	2	Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orthopädischen Maßschuh ist diese Position mit dem Vertragspreis abgegolten.	x
31.99.02.1001		00	Mittelfußersatz zur Volumenfüllung und Druckentlastung	Leistungsbeschreibung entsprechend Hilfsmittelverzeichnis	KV	2	Ausschließlich bei Versorgungen im konfektionierten Schuh; im orthopädischen Maßschuh ist diese Position mit dem Vertragspreis abgegolten.	x

31.99.99.0002		07	Arbeitsminute mit vollem MWSt-Satz für frei kalkulierbaren Arbeiten		1,08 €	1		x
31.99.99.0003		07	Arbeitsminute mit reduziertem MWSt-Satz für frei kalkulierbaren Arbeiten		1,08 €	2		x
31.99.99.0004			Hausbesuch	mit der Schuhversorgung abgegolten	„ „		nicht separat abrechenbar	nicht separat beantragbar
31.99.99.0005			Abschlag bei Nachlieferung für die Fußbettung in der Grundposition bei Versorgung mit diabetesadaptierter Fußbettung	nicht vertraglich geregelt	„ „		nicht vertraglich geregelt	x
31.99.99.0999		00	Sonderarbeiten	Sonderarbeiten nach Kostenvoranschlag je nach Aufwand (Arbeitszeit, Material, etc.); Bei schweren Krankheitsbildern und/oder ungewöhnlichen Versorgungssituationen nach ausführlicher fachärztlicher Begründung.	EK+20% +AZ(1,08€/min)	2		x



Anhang 1f zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2022

Preisliste für Maßschuhe/Schutzschuhe mit Diabetesausstattung
Versorgungsbereich 31 F 15

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

BARMER	16 96 025
TK/ HEK	16 96 386

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ABR-NR	Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer oder Pseudohilfsmittelnummer)
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2= ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweise zur Verwendung des Kennzeichens Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit

Kennzeichen Hilfsmittel „00“ = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe
Kennzeichen Hilfsmittel „04“ = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner
Positionsnummer für Produktbesonderheiten "9900600000" = Wechselpaar Produktbesonderheit Wechselpaar ist bei der Grundversorgung und Ersatzbeschaffung anzugeben (siehe Anmerkungen/Besonderheiten)
Positionsnummer für Produktbesonderheiten "0000890000" = voller MwSt-Satz bei Vorlage der Zollltarifauskunft
Schuhe der Kategorie 2 sind grundsätzlich mit dem ermäßigten MwSt-Satz einzureichen. Der volle MwSt-Satz kann nur bei Vorlage der Zollltarifauskunft und Angabe der Produktbesonderheit genehmigt werden.

Kategorie 1

Schutzschuh mit herausnehmbarer konfektionierter Weichpolstereinlegesohle

Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe II
Indikationen:	Diabetische Füße mit Sensibilitätsverlust PNP/pAVK
Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Der Schutzschuh ist ein konfektionierter Schuh für einzelne Krankheitsbilder wie Rheuma oder Angioneuropathie. Alle derartigen konfektionierten Spezial-/Schutzschuhe berücksichtigen nur einzelne Symptome des jeweiligen Krankheitsbildes. Darüber hinaus erfüllen sie die Grundanforderungen an fußgerechtes Schuhwerk, wie es auch für gesunde Menschen zum Einsatz kommen sollte. Gegenüber individuell und behindertengerecht hergestellten Maßschuhen wurde ihre Wirksamkeit klinisch und medizinisch bisher nicht nachgewiesen.
Fertigung/Leistungsinhalt:	genügend Raum für die Zehen in Länge und Höhe, ausreichende Breite, vermeiden drückender Nähte in druckgefährdeten Bereichen, weiches Material über druckgefährdeten beweglichen Fußregionen, keine auf den Fuß einwirkende Vorderkappe, herausnehmbare konfektionierte Weichpolstereinlegesohle mit Druckspitzenreduzierung im Ballenbereich, Möglichkeit einer orthopädischuhtechnischen Zurichtung
Anmerkungen/Besonderheiten	keine Kassenleistung

Kategorie 2**Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom mit individueller Fußbettung und ggf. Zurichtungen**

Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe III
Indikationen:	Zur Korrektur orthopädischer Leiden in Folge diabetischer Erkrankungen Zustand nach plantarem Ulcus (deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Risikogruppe II) Diabetes Mellitus mit Angiopathie (gestörte Sensibilität, eingeschränkte Durchblutung) mit Fußdeformitäten bzw. Dysproportionen Diabetes Mellitus mit Vollbild der Neuropathie (gestörte Sensibilität, ungestörte Durchblutung) mit Fußdeformitäten bzw. Dysproportionen
Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Der Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom mit individueller Fußbettung und ggf. erforderlicher Zurichtung ist ein konfektionierter Spezialschuh, der nur einzelne Symptome des jeweiligen Krankheitsbildes berücksichtigt und sich erst durch das Einarbeiten der orthopädischen Elemente entsprechend der ärztlichen Verordnung zur Versorgung der oben genannten Indikationen einsetzen lässt. Der Spezialschuh bei diabetischen Fußsyndrom ist eine konfektionierte Schuhversorgung aus besonders weichem Material und frei von Druckstellen (z.B. Innennähten) für diabetische Füße mit Formveränderung inkl. erforderlicher Fußbettung nach Formabdruck. Diese Schuhe haben ausschließlich einen geschlossenen Schaft, der als Halbschuh oder als Knöchelschuh gearbeitet ist. Die im Rahmen dieses Vertrages abgegebenen konfektionierten Diabetiker-Schutzschuhe müssen den Nachweis der Wirkung und Funktionstauglichkeit erbracht haben. Dieser Nachweis kann durch eine klinische Studie oder einen strukturierten Erfahrungsbericht einer spezialisierten ärztlichen Einrichtung (z.B. Diabetes-Fußambulanz) erbracht werden.
Fertigung/Leistungsinhalt:	Schutzschuh inkl. Diabetes adaptiertem Fußbett nach unbelastetem Formabdruck und Pedographie mit Versorgungsmessung und, wenn erforderlich, einer Nachkontrolle. Mindestkriterien: genügend Raum für die Zehen in Länge und Höhe, ausreichende Breite, vermeiden von druckgefährdeten Nähten in beweglichen Fußregionen, keine auf den Fuß einwirkende Vorderkappe, individuelle Fußbettung mit Druckspitzenreduzierung im Ballenbereich, Möglichkeit einer orthopädisch-technischen Zurichtung Hinweis zum Material Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten (z.B., wenn nicht im Grunds Schuh enthalten, Sohlenversteifung oder Abschlusspolster im Fersen und Knöchelbereich) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom									
31.00.03.0220	0000000000 9900600000 0000890000	00 04	Straßenschuh - Paarversorgung	als Grunds Schuh kommt ein Produkt aus der 31.03.08.0 zur Anwendung	734,97 €	2 1	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.1220	0000000000 9900600000 0000890000	00 04	Hausschuh - Paarversorgung	als Grunds Schuh kommt ein Produkt aus der 31.03.08.0 zur Anwendung	700,00 €	2 1	40,00 €	20,00 €	x

Kategorie 3	
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe IV
Indikationen:	Amputation D1 im Grundgelenk
	Amputation längerer Mittelstumpf (Sharp)
	Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger)
	Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)
	PNP /pAVK – und Fußdeformität
	Calcaneusfraktur
	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 3 bis 4 cm
	Hackenfuß (Pes calcaneus)
	Hohlfuß (Pes excavatus)
	Sichelfuß (Pes adductus)
	Apophysitis calcanei mit ausgeprägter Deformierung
	Calcaneusfraktur (siehe Arthrose im Fußwurzelbereich)
	Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen)
	Lähmung - schlaff
	Rheumatische Füße ohne wesentliche Formveränderungen
	Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzehen sowie Hallux valgus)
	Hallux valgus bis 40 Grad
	Hammerzehen / Krallenzehen bis 3 cm
Indikation Interimsversorgung:	Spreizfuß mit Hallux valgus über 40 Grad bzw. Hammerzehen (Krallenzehen) über 3 cm Höhe
	Schuh über Orthesen bei PNP /pAVK, Diabetes RisikogruppeVI
	Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen
	Akuter Diab. Fuß
	Postoperative Versorgung
	Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen
	Momentane Schwellungszustände

Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Kategorie 3 umfasst alle Indikationen, die mit Halbschuhen ausreichend versorgt werden können. Einzelheiten sind der Indikationsliste im Anhang 1a zur Anlage 1 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist ein in handwerklicher Einzelanfertigung hergestellter, individueller Maßschuh, der für den einzelnen geschädigten Fuß nach besonderem Maß - und Modellverfahren und über einem individuellen Leisten handwerklich gefertigt und schädigungsabhängig ggf. mit erforderlichen Zusatzarbeiten ausgestattet wird. Es handelt sich um einen geschlossenen Schuh, d. h. er ist weder fersen- und/oder zehenoffenen oder sandalenartig gestaltet. Orthopädische Maßschuhe (alle Produktarten) sind nicht kombinierbar mit Einlagen der Produktgruppe 08 „Einlagen“ und orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der Produktuntergruppe 31.03.04. (siehe Einzelproduktliste). Orthopädische Straßenschuhe sind orthopädische Maßschuhe für den Alltagsgebrauch im Außenbereich in strapazierfähiger Ausführung, die auch bei starker Beanspruchung funktionsfähig bleiben. Orthopädische Hausschuhe sind orthopädische Maßschuhe in leichter Ausführung, die überwiegend für den häuslichen Bereich vorgesehen sind. Orthopädische Sportschuhe werden für sportliche Betätigungen benutzt, die wegen vorhandener Fußdeformitäten mit handelsüblichen Sportschuhen nicht ausgeübt werden können. Orthopädische Badeschuhe sind wasserfeste Schuhe mit rutschfester Sohle. Orthopädische Interimsschuhe sind orthopädische Maßschuhe aus geeignetem, leichtem Schaftmaterial, die eingesetzt werden, wenn handelsübliche Konfektionsschuhe und Therapieschuhe postoperativ/posttraumatisch nicht geeignet sind, eine schnelle Mobilisation ansonsten nicht gehfähiger Versicherter zu ermöglichen, oder wenn mit anderen Hilfsmitteln keine ausreichende Mobilität erzielt werden kann. (Stand Hilfsmittelverzeichnis zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses)
Fertigung/Leistungsinhalt:	Leistenarbeit inkl. Änderung: Kammleisten: aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung) Schaft: Die Herstellung hat nach den vorgegebenen Maßen des Fußes und des Leistens aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Obermaterial, beim Straßen- und Hausschuh aus Leder, welches die allgemeine Nutzungsdauer nicht einschränkt, zu erfolgen. Auch industriell gefertigte oder extern hergestellte Schäfte können verwendet werden, wenn die Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Die Fütterung besteht aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Futtermaterial, beim Straßenschuh aus Leder und/oder Textilfutter, das abwaschbar und desinfizierbar beim Diabetes mellitus ist. Der Schaft ist mit einer Lasche versehen, die zur Druckumverteilung unterpolstert ist. Der Schaft wird als Halbschuh gefertigt. Der Schaft ist mit einer nach beiden Seiten verlängerten und verstärkten Hinterkappe aus Leder oder/und aus thermoplastisch verformbaren und selbsttragenden Kunststoffen versehen. Die Verbindung von Schaft, Boden und Sohle hat in dauerhafter, dem Therapieziel entsprechender Ausführung zu erfolgen. Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung: Diabetesadaptierte Fußbettung aus zur Druckumverteilung geeignetem Material in ausreichender Stärke und mit entsprechenden Dämpfungseigenschaften. Diabetesadaptierte Fußbettung ca. 8-16 mm stark (am Scheitelpunkt der Rolle ca. 10-16 mm, am Fersenmittelpunkt ca. 8-12 mm) Prüfung der Druckumverteilung, Dünnschicht mindestens 8 mm stark Individueller Aufbau der Bettung aus mindestens 3 Schichten unterschiedlicher Shorehärte; zum Fuß weich, zur Brandsohle mit zunehmender Shorehärte, indikations- und gewichtsbezogene Materialauswahl, zusätzliche Punktentlastung bei Indikation, Unterbau stabilisierend, Keine Verwendung von industriell vorgefertigten Rohlingen Die Bettung wird durch Tiefziehen über einem individuellen Fußmodell auf Basis eines Formabdrucks (z. B. Gipsabdruck) hergestellt und in den Schuh eingepasst. Keine Pelotten oder Stufen in der Oberfläche, Keine Lederoberfläche, Diabetesgeeignetes Obermaterial, Abwaschbar und desinfizierbar Boden: Die Brandsohle muss aus Leder oder anderen mit Leder hinsichtlich der Stabilität und den physiologischen Eigenschaften für orthopädische Straßen- und Hausschuhe vergleichbaren und geeigneten Materialien gefertigt sein. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Interimsschuhen kann auch anderes, dem Versorgungsziel entsprechendes Brandsohlenmaterial verwendet werden. Die Brandsohle muss mit einem Leder- oder Kunststoffrahmen versehen sein. Vorhanden ist eine kurze Gelenkfeder aus Metall oder Kunststoff, mit Ausnahme der Badeschuhe. Sohle: Die Laufsohle und der Absatz müssen aus Gummi, Leder oder anderen geeigneten Materialien gefertigt und dem Verwendungszweck der Versorgung angepasst sein. Die Laufsohle muss mit einer Sohlenrolle, mindestens 3 mm stark, versehen werden. Die Laufsohle kann einen Abroll- oder Pufferabsatz oder vorgezogenen Schlepp-, Steg-, Flügel- oder Keilabsatz aufweisen. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Hausschuhen ist immer ein Keilabsatz erforderlich. Verschluss: Die Schuhe sind mit einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Verschluss (z. B. Schnürung, Klettverschluss, Reißverschluss) zu versehen.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten(incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

Kategorie 3

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.0320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.563,16 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.07.0310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		781,58 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.1320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.443,81 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.1310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		721,90 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.2320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.508,91 €	2	30,00 €	20,00 €	x
31.00.07.2310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		754,45 €	2	30,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.3320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.378,71 €	2	14,00 €	14,00 €	x
31.00.07.3310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		689,35 €	2	14,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.4320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.335,31 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.07.4310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		667,65 €	2	entfällt	entfällt	x

Kategorie 4	
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe V + VI
Indikationen:	Amputation kurzer Mittelfußstumpf (Sharp-Jäger)
	Amputation langer Fußwurzelstumpf (Lisfranc)
	Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger)
	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß von 4,5 bis 8 cm
	Klumpfuß - Teilkontrakt
	Klumpfuß – Kontrakt
	Plattfuß mit nicht oder teilweise korrigierbarem Verlust des Längsgewölbes
	Spitz-Klumpfuß
	Calcaneusfraktur
	Arthrose im Fußwurzelbereich (schmerzhafte Funktionsstörungen und Versteifungen der Fußwurzelgelenke auch als Verletzungsfolgen)
	Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk
	Lähmung – schlaff
	Lähmung – spastisch
	Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung
	Gigantismus (Elephantiasisähnliche Zustände)
	Lymphödem
Indikation Interimsversorgung:	Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen
	Akuter Diab. Fuß
	Postoperative Versorgung
	Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen
	Momentane Schwellungszustände

Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Kategorie 4 umfasst alle Indikationen, die i.d.R. mit einer knöchelübergreifenden Versorgung (bis 15 cm Höhe) ausreichend versorgt werden können. Einzelheiten sind der Indikationsliste im Anhang 1a zur Anlage 1 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist ein in handwerklicher Einzelanfertigung hergestellter, individueller Maßschuh, der für den einzelnen geschädigten Fuß nach besonderem Maß - und Modellverfahren und über einem individuellen Leisten handwerklich gefertigt und schädigungsabhängig ggf. mit erforderlichen Zusatzarbeiten ausgestattet wird. Es handelt sich um einen geschlossenen Schuh, d. h. er ist weder fersen- und/oder zehenoffenen oder sandalenartig gestaltet. Orthopädische Maßschuhe (alle Produktarten) sind nicht kombinierbar mit Einlagen der Produktgruppe 08 „Einlagen“ und orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der Produktuntergruppe 31.03.04. (siehe Einzelproduktliste). Orthopädische Straßenschuhe sind orthopädische Maßschuhe für den Alltagsgebrauch im Außenbereich in strapazierfähiger Ausführung, die auch bei starker Beanspruchung funktionsfähig bleiben. Orthopädische Hausschuhe sind orthopädische Maßschuhe in leichter Ausführung, die überwiegend für den häuslichen Bereich vorgesehen sind. Orthopädische Sportschuhe werden für sportliche Betätigungen benutzt, die wegen vorhandener Fußdeformitäten mit handelsüblichen Sportschuhen nicht ausgeübt werden können. Orthopädische Badeschuhe sind wasserfeste Schuhe mit rutschfester Sohle. Orthopädische Interimsschuhe sind orthopädische Maßschuhe aus geeignetem, leichtem Schaftmaterial, die eingesetzt werden, wenn handelsübliche Konfektionsschuhe und Therapieschuhe postoperativ/posttraumatisch nicht geeignet sind, eine schnelle Mobilisation ansonsten nicht gehfähiger Versicherter zu ermöglichen, oder wenn mit anderen Hilfsmitteln keine ausreichende Mobilität erzielt werden kann. (Stand Hilfsmittelverzeichnis zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses)
Fertigung/Leistungsinhalt:	Leistenarbeit inkl. Änderung: Knöchelleisten. Leisten- und Schafthöhe bis 15 cm aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung) Schaft: Die Herstellung hat nach den vorgegebenen Maßen des Fußes und des Leistens aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Obermaterial, beim Straßen- und Hausschuh aus Leder, welches die allgemeine Nutzungsdauer nicht einschränkt, zu erfolgen. Auch industriell gefertigte oder extern hergestellte Schäfte können verwendet werden, wenn die Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Die Fütterung besteht aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Futtermaterial, beim Straßenschuh aus Leder und/oder Textilfutter, das abwaschbar und desinfizierbar beim Diabetes mellitus ist. Der Schaft ist mit einer Lasche versehen, die zur Druckumverteilung unterpolstert ist. Der Schaft wird knöchelübergreifend bis 15 cm gefertigt. Der Schaft ist mit einer nach beiden Seiten verlängerten und verstärkten Hinterkappe aus Leder oder/und aus thermoplastisch verformbaren und selbsttragenden Kunststoffen versehen. Die Verbindung von Schaft, Boden und Sohle hat in dauerhafter, dem Therapieziel entsprechender Ausführung zu erfolgen. Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung: Diabetesadaptierte Fußbettung aus zur Druckumverteilung geeignetem Material in ausreichender Stärke und mit entsprechenden Dämpfungseigenschaften. Diabetesadaptierte Fußbettung ca. 8-16 mm stark (am Scheitelpunkt der Rolle ca. 10-16 mm, am Fersenmittelpunkt ca. 8-12 mm) Prüfung der Druckumverteilung, Dünnschicht mindestens 8 mm stark Individueller Aufbau der Bettung aus mindestens 3 Schichten unterschiedlicher Shorehärte; zum Fuß weich, zur Brandsohle mit zunehmender Shorehärte, indikations- und gewichtsbezogene Materialauswahl, zusätzliche Punktentlastung bei Indikation, Unterbau stabilisierend, Keine Verwendung von industriell vorgefertigten Rohlingen Die Bettung wird durch Tiefziehen über einem individuellen Fußmodell auf Basis eines Formabdrucks (z. B. Gipsabdruck) hergestellt und in den Schuh eingepasst. Keine Pelotten oder Stufen in der Oberfläche, Keine Lederoberfläche, Diabetesgeeignetes Obermaterial, Abwaschbar und desinfizierbar Boden: Die Brandsohle muss aus Leder oder anderen mit Leder hinsichtlich der Stabilität und den physiologischen Eigenschaften für orthopädische Straßen- und Hausschuhe vergleichbaren und geeigneten Materialien gefertigt sein. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Interimsschuhen kann auch anderes, dem Versorgungsziel entsprechendes Brandsohlenmaterial verwendet werden. Die Brandsohle muss mit einem Leder- oder Kunststoffrahmen versehen sein. Vorhanden ist eine kurze Gelenkfeder aus Metall oder Kunststoff, mit Ausnahme der Badeschuhe. Sohle: Die Laufsohle und der Absatz müssen aus Gummi, Leder oder anderen geeigneten Materialien gefertigt und dem Verwendungszweck der Versorgung angepasst sein. Die Laufsohle muss mit einer Sohlenrolle, mindestens 3 mm stark, versehen werden. Die Laufsohle kann einen Abroll- oder Pufferabsatz oder vorgezogenen Schlepp-, Steg-, Flügel- oder Keilabsatz aufweisen. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Hausschuhen ist immer ein Keilabsatz erforderlich. Verschluss: Die Schuhe sind mit einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Verschluss (z. B. Schnürung, Klettverschluss, Reißverschluss) zu versehen.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten(incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

Kategorie 4

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.0420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.953,76 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.07.0410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		976,88 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.1420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.856,11 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.1410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		928,05 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.2420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.932,06 €	2	30,00 €	20,00 €	x
31.00.07.2410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		966,03 €	2	30,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.3420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.921,21 €	2	14,00 €	14,00 €	x
31.00.07.3410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		960,60 €	2	14,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.4420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.834,41 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.07.4410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		917,20 €	2	entfällt	entfällt	x

Kategorie 5	
Risikogruppe beim diabetischen Fußsyndrom	Risikogruppe V + VI
Indikationen:	Amputation kurzer Fußwurzelstumpf (Bona-Jäger)
	Amputation sehr kurzer Fußwurzelstumpf-Rückfußstumpf (Chopart, Pirogoff)
	Beinlängendifferenz oder Spitzfuß ab 8,5 cm
	Spitz-Klumpfuß
	Fortgeschrittene Arthrose im oberen Sprunggelenk
	Arthrodesenversorgung – postoperativ
	Lähmung – schlaff
	Lähmung – spastisch
	Rheumatischer Fuß mit starker Deformierung
Indikation Interimsversorgung:	Traumatische Verletzungsfolgen in der Akutphase, die zu groben Veränderungen der Fuß und/oder Beinform, Sensibilität, Durchblutung und/oder zu Belastungsstörungen führen
	Akuter Diab. Fuß
	Postoperative Versorgung
	Grundsätzlich nur bei akuten Indikationen
	Momentane Schwellungszustände

Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Kategorie 5 umfasst alle Indikationen, die i.d.R. mit einer Versorgung über 15 cm Schafthöhe gearbeitet werden müssen. Dies gilt grundsätzlich bei allen Arbeiten mit großen Peroneus- oder Arthrodesenkappen. Einzelheiten sind der Indikationsliste im Anhang 1a zur Anlage 1 zu entnehmen. Der orthopädische Maßschuh ist ein in handwerklicher Einzelanfertigung hergestellter, individueller Maßschuh, der für den einzelnen geschädigten Fuß nach besonderem Maß - und Modellverfahren und über einem individuellen Leisten handwerklich gefertigt und schädigungsabhängig ggf. mit erforderlichen Zusatzarbeiten ausgestattet wird. Es handelt sich um einen geschlossenen Schuh, d. h. er ist weder fersen- und/oder zehenoffen oder sandalenartig gestaltet. Orthopädische Maßschuhe (alle Produktarten) sind nicht kombinierbar mit Einlagen der Produktgruppe 08 „Einlagen“ und orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der Produktuntergruppe 31.03.04. (siehe Einzelproduktliste). Orthopädische Straßenschuhe sind orthopädische Maßschuhe für den Alltagsgebrauch im Außenbereich in strapazierfähiger Ausführung, die auch bei starker Beanspruchung funktionsfähig bleiben. Orthopädische Hausschuhe sind orthopädische Maßschuhe in leichter Ausführung, die überwiegend für den häuslichen Bereich vorgesehen sind. Orthopädische Sportschuhe werden für sportliche Betätigungen benutzt, die wegen vorhandener Fußdeformitäten mit handelsüblichen Sportschuhen nicht ausgeübt werden können. Orthopädische Badeschuhe sind wasserfeste Schuhe mit rutschfester Sohle. Orthopädische Interimsschuhe sind orthopädische Maßschuhe aus geeignetem, leichtem Schaftmaterial, die eingesetzt werden, wenn handelsübliche Konfektionsschuhe und Therapieschuhe postoperativ/posttraumatisch nicht geeignet sind, eine schnelle Mobilisation ansonsten nicht gehfähiger Versicherter zu ermöglichen, oder wenn mit anderen Hilfsmitteln keine ausreichende Mobilität erzielt werden kann. (Stand Hilfsmittelverzeichnis zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses)
Fertigung/Leistungsinhalt:	Leistenarbeit inkl. Änderung: Sonderleisten/Beinleisten: Leisten- und Schafthöhe bis 30 cm aus geeignetem Material (Leistenaufbewahrungspflicht beträgt 6 Jahre nach Erstlieferung). Schaft: Die Herstellung hat nach den vorgegebenen Maßen des Fußes und des Leistens aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Obermaterial, beim Straßen- und Hausschuh aus Leder, welches die allgemeine Nutzungsdauer nicht einschränkt, zu erfolgen. Auch industriell gefertigte oder extern hergestellte Schäfte können verwendet werden, wenn die Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Die Fütterung besteht aus einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Futtermaterial, beim Straßenschuh aus Leder und/oder Textilfutter, das abwaschbar und desinfizierbar beim Diabetes mellitus ist. Der Schaft ist mit einer Lasche versehen, die zur Druckumverteilung unterpolstert ist. Der Schaft wird als Stiefel mit bis 23 cm Schaft-Aufbauhöhe gefertigt. Der Schaft ist mit einer nach beiden Seiten verlängerten und verstärkten Hinterkappe aus Leder oder/und aus thermoplastisch verformbaren und selbsttragenden Kunststoffen versehen. Die Verbindung von Schaft, Boden und Sohle hat in dauerhafter, dem Therapieziel entsprechender Ausführung zu erfolgen. Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung: Diabetesadaptierte Fußbettung aus zur Druckumverteilung geeignetem Material in ausreichender Stärke und mit entsprechenden Dämpfungseigenschaften. Diabetesadaptierte Fußbettung ca. 8-16 mm stark (am Scheitelpunkt der Rolle ca. 10-16 mm, am Fersenmittelpunkt ca. 8-12 mm) Prüfung der Druckumverteilung, Dünnschicht mindestens 8 mm stark Individueller Aufbau der Bettung aus mindestens 3 Schichten unterschiedlicher Shorehärte; zum Fuß weich, zur Brandsohle mit zunehmender Shorehärte, indikations- und gewichtsbezogene Materialauswahl, zusätzliche Punktentlastung bei Indikation, Unterbau stabilisierend, Keine Verwendung von industriell vorgefertigten Rohlingen Die Bettung wird durch Tiefziehen über einem individuellen Fußmodell auf Basis eines Formabdrucks (z. B. Gipsabdruck) hergestellt und in den Schuh eingepasst. Keine Pelotten oder Stufen in der Oberfläche, Keine Lederoberfläche, Diabetesgeeignetes Obermaterial, Abwaschbar und desinfizierbar Boden: Die Brandsohle muss aus Leder oder anderen mit Leder hinsichtlich der Stabilität und den physiologischen Eigenschaften für orthopädische Straßen- und Hausschuhe vergleichbaren und geeigneten Materialien gefertigt sein. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Interimsschuhen kann auch anderes, dem Versorgungsziel entsprechendes Brandsohlenmaterial verwendet werden. Die Brandsohle muss mit einem Leder- oder Kunststoffrahmen versehen sein. Vorhanden ist eine kurze Gelenkfeder aus Metall oder Kunststoff, mit Ausnahme der Badeschuhe. Sohle: Die Laufsohle und der Absatz müssen aus Gummi, Leder oder anderen geeigneten Materialien gefertigt und dem Verwendungszweck der Versorgung angepasst sein. Die Laufsohle muss mit einer Sohlenrolle, mindestens 3 mm stark, versehen werden. Die Laufsohle kann einen Abroll- oder Pufferabsatz oder vorgezogenen Schlepp-, Steg-, Flügel- oder Keilabsatz aufweisen. Bei orthopädischen Turn-, Bade- und Hausschuhen ist immer ein Keilabsatz erforderlich. Verschluss: Die Schuhe sind mit einem dem Gebrauchszweck entsprechenden Verschluss (z. B. Schnürung, Klettverschluss, Reißverschluss) zu versehen.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten(incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	Wechselpaar: Das Wechselpaar ist erst abzugeben, wenn das erste Paar mindestens vier Wochen positiv durch den Versicherten erprobt wurde. Ersatzbeschaffung: Eine Ersatzbeschaffung von einem Paar orthopädischer Maßschuhe (Grundversorgung/Wechselpaar) kommt grundsätzlich erst nach zwei Jahren in Betracht und kann ausgetauscht werden, wenn eine Instandsetzung nicht mehr möglich bzw. nicht wirtschaftlich ist.

Kategorie 5

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.0520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.485,41 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.07.0510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.242,70 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.1520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.355,21 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.1510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.177,60 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.2520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.398,61 €	2	30,00 €	20,00 €	x
31.00.07.2510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.199,30 €	2	30,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.3520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.322,66 €	2	14,00 €	14,00 €	x
31.00.07.3510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.161,33 €	2	14,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.4520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.268,41 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.07.4510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.134,20 €	2	entfällt	entfällt	x

Diabetesadaptierte Fußbettungen // Ersatzfußbettungen

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang	Nettopreis	UST	Bemerkung	Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
31.03.07.0001			Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß	mit der Schuhversorgung abgegolten	//		nicht separat abrechenbar	nicht separat beantragbar
31.03.07.0003			Diabetes adaptierte Fußbettung für den Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom	mit der Schuhversorgung abgegolten	//		nicht separat abrechenbar	nicht separat beantragbar
31.03.07.0004		04	Diabetes adaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den orthopädischen Maßschuh	Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den orthopädischen Maßschuh, für orth. Maßschuhe mit Diabetesausstattung der Kat. 3 bis 5.	195,00 €	2	Ausschließlich für orth. Maßschuhe mit Diabetesausstattung der Kat. 3 bis 5.	x
31.03.07.0005		04	Diabetes adaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom	Individuell gefertigte, diabetesadaptierte Fußbettung als Ersatzbettung für den Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom. Bei einer Versorgung der Kategorie 2	195,00 €	2	Gilt ausschließlich für den Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom der Kategorie 2.	x



Anhang 1g zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2022

Preisliste für Innenschuhe
Versorgungsbereich 23 E

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

BARMER
TK/ HEK16 96 026
16 96 387

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ABR-NR	Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer oder Pseudohilfsmittelnummer)
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2= ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweise zur Verwendung des Kennzeichens Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit

Kennzeichen Hilfsmittel „00“ = **Neulieferung**

Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe

Innenschuhe

Indikationen:	Beinlängendifferenz, die nicht nur durch Zurichtungen am Konfektionsschuh ausgeglichen werden kann Fußinstabilität, die mit Bandagen nicht ausreichend versorgt werden kann Lähmungs Zustände, die mit Fußheberorthesen nicht ausreichend kompensiert werden können Fußergänzungen, sofern wirtschaftlicher als Fußteilersatzprothesen
Produkt-/Leistungsbeschreibung:	Im Falle der Versorgung mit einem orthopädischen Innenschuh kann nur dann ein Maßschuh nach Kategorie 3 abgegeben werden, wenn eine Versorgung mit einem konfektionierten Schuh (ggf. ergänzt durch orthopädische Zurichtungen) nicht möglich ist. Die Versorgung mit einem Maßschuh ist der Kasse im Kostenvoranschlag ausführlich und nachvollziehbar zu begründen.
Fertigung/Leistungsinhalt:	Der orthopädische Innenschuh ist exakt über einen individuell hergestellten Leisten, entsprechend den Größen- und Formverhältnissen des erkrankten oder form- und funktionsgestörten Fußes, in handwerklicher Einzelanfertigung zu erstellen, wobei die Regeln der Statik und Dynamik des Fußes und das Therapieziel beim Schuhaufbau besonders zu berücksichtigen sind. Dies ist durch Abnahme der Maße sowie durch Belastungs- und Formabdruck (auf Gips) in entsprechender Höhe des zu versorgenden Fußes zu gewährleisten. Wird der Innenschuh i.V. mit Konfektionsschuhen eingesetzt, können zusätzlich erforderliche orthopädische Schuhzurichtungen entsprechend der Vertragspreise abgerechnet werden. Unterschenkelorthese in Carbonfasertechnik mit gegossenem Fußteil, durchgehend gearbeitet, mit Polsterung und Velcroverschlüssen oder in tiefgezogener Kunststofftechnik, mit Leder gewalkt, versteift und gepolstert und mit Velcroverschlüssen und/oder mit Schnürung versehen. Hinweis zum Material: Es ist hautfreundliches und hinsichtlich Toxikologie und Karzinogenität unbedenkliches Material zu verwenden.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: alle medizinisch erforderlichen Zusatzarbeiten(incl. der Ausstattungen nach Anlage 1c) (Zwischen-) Anproben, Nachkontrollen und medizinisch erforderliche Hausbesuche

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Innenschuh/Athroseninnenschuh									
23.03.31.0		00	Stück	die Arbeitszeit wird in Höhe der Position 31.99.99.0003 je Minute vergütet	KV	2	entfällt	entfällt	x



Patientenerklärung

☐ Orthopädische Schuhzurichtungen

☐ Einlagen

Anlage zur Verordnung vom: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Verordner: _____

Die Abgabe von Orthopädie-Schuhzurichtungen/Einlagen ist begrenzt.

Orthopädische Schuhzurichtungen

bei erstmaliger Versorgung bis zu 3 Paar pro Zeitjahr

bei Folgeversorgungen (frühestens 12 Monate nach der erstmaligen Versorgung) 2 Paar pro Zeitjahr

Einlagen

bei erstmaliger Versorgung mit einem Wechsel-paar¹⁾

bei weiteren Versorgungen (frühestens 12 Monate nach der erstmaligen Versorgung) bis zu 2 Paar pro Zeitjahr²⁾

1) Wechselpaar nur, wenn das erste Paar ausreichend und mit positiven Ergebnis erprobt wurde.

2) Bei Kindern im Wachstum sind Ausnahmen von der Mengenbegrenzung möglich.

Ich erkläre hiermit, dass:

- ☐ ich noch keine **orthopädische Schuhzurichtungen** erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ☐ ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- ☐ ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 Paar orthopädische Schuhzurichtungen erhalten habe
- ☐ ich nach der erstmaligen Versorgung in den vergangenen 12 Monaten noch keine weiteren orthopädischen Schuhzurichtungen an 2 Paar Schuhen erhalten habe

- ☐ ich noch keine **Einlagen** erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ☐ ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe, welche ausreichend und mit positiven Ergebnis erprobt wurden (Wechselpaar)
- ☐ ich innerhalb der letzten 12 Monate:
- ☐ keine Einlagen oder
 - ☐ erst ein Paar Einlagen erhalten habe (Folgeversorgung)

Sollte die Rechnungsprüfung der Krankenkassen andere Angaben ergeben, besteht kein Anspruch und ich verpflichte mich, die Kosten selbst zu tragen.

Datum/Unterschrift Versicherter

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer



Anhang 2b zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2022

orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen Versorgungsbereich 31 E oder 31A15



Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

BARMER 16 96 025
TK/ HEK 16 96 388

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ABR-NR	Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer oder Pseudohilfsmittelnummer)
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Hersteller-Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2= ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen

ABR-NR	PB H	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang	Nettopreis	UST	Bemerkung
31.03.04.0001		05	Einseitige Absatzverlängerung, vorgezogener Absatz	Einseitige Verlängerung des Absatzes (innen oder außen) von ca. 1,5 cm bzw. Flügel-, Schlepp- oder Stegabsatz mit abgeschrägter hinterer Kante	40,10 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.0003 Keilabsatz Nicht kombinierbar mit: 31.03.08. Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom
31.03.04.0002		05	Einseitige Absatzverbreiterung	Ganzer Absatz neu mit entsprechender Versetzung nach innen oder außen, neuer Absatzoberfleck	50,80 €	1	Nicht in Kombination abrechnungsfähig mit den Positionen 31.03.04.0001 einseitige Absatzverlängerung, abrollvorgezogener Absatz und .0003 Keilabsatz Nicht kombinierbar mit: 31.03.08. Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom
31.03.04.0003		05	Keilabsatz	Keilabsatz zur Stabilisierung des Auftritts, wenn erforderlich nach innen oder außen versetzt, neuer Absatzfleck	52,00 €	1	Nicht in Kombination abrechnungsfähig mit den Positionen 31.03.04.0001 einseitige Absatzverlängerung, abrollvorgezogener Absatz und 31.03.04.0002 einseitige Absatzverbreiterung

31.03.04.0006		05	Abschlag bei Mehrfachverordnung am Absatz	Bei Zusammentreffen von einzelnen Positionen (pro Verordnung) der Produktarten "Arbeiten am Absatz" (31.03.04.0), "Arbeiten zur Schuherhöhung" (31.03.04.1) und "Arbeiten an der Sohle" (31.03.04.2) ist wegen der Doppelbelegung der Absatzarbeiten ein Abschlag zu verrechnen.	- 15,71 €	1	
31.03.04.0007		05	Anbringen eines vorhandenen Schuhbügels	Einbau eines ein- oder zweiseitigen Schuhbügels mit Absatzaufbau einschließlich aller Bohr- und Befestigungsarbeiten.	85,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhe
31.03.04.1000		05	Verkürzungsausgleich im Absatzbereich bis 1 cm, innen oder außen	Erhöhung innen im Schuh durch Ausgleich unter der Ferse oder außen unter dem Absatz; Material der Erhöhung dem vorhandenem Schuh angepasst, wenn erforderlich neuer Absatzoberfleck, incl. einsägen.	41,00 €	1	Die Kombination mit folgenden Zurichtungen ist möglich: 31.03.04.1001/1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002 31.03.04.2003 i. V. mit 31.03.04.0006 (Abschlag) abrechenbar. Nicht kombinierbar mit: 31.03.03.5 und 31.03.03.7
31.03.04.1001		05	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je cm (Sohle und Absatz)	Material der Erhöhung dem vorhandenen Schuh angepasst, neue Laufsohle und neuer Absatzoberfleck.	55,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/1003/1004/2004 Bei Kombination mit 31.03.04.1003/2000/2001/2002/2003 ist immer die Abschlags-Position 31.03.04.0006 anzuwenden. Nicht kombinierbar mit: 31.03.03.5 und 31.03.03.8
31.03.04.1003		05	Einseitige Sohlenerhöhung mit Absatzangleichung	Einseitige Sohlenerhöhung (innen oder außen) am Schuhboden. Material dem vorhandenen Schuh angepasst; Abdeckung durch neue Laufsohle und Absatzangleichung durch neuen Absatzoberfleck	51,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/1001 Bei Kombination mit 31.03.04.2000/ 2001/ 2002/ 2003/ 2004 ist die Abschlags-Position 31.03.04.0006 anzusetzen

31.03.04.1004		05	Entfernung einer Schuherhöhung	Entfernung der vorhandenen Schuherhöhung (alle Höhen); Wiederherstellung der Laufsohle und des Absatzes dem anderen Schuh entsprechend, kombinierbar an max. 3 Paar Schuhen und zusätzlich, wenn der Höhenausgleich im Zusammenhang mit dem Tragen von Verbandschuhen und Fußteil-Entlastungsschuhen für die nicht betroffene Seite steht	36,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/ 1001/ 1003/ 2000/ 2001/ 2002/ 2003 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen
31.03.04.2000		05	Rolle mit rückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung	Rolle mit rückversetztem Auftritt und mit besonders starker Wirkung mit Absatzangleichung und Abdecksohle, Material der Rolle dem vorhandenen Schuh angepasst, als Mittelfuß-, Ballen-, Rigidus-, Richtungszechenrolle	63,50 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000 ausgenommen bei z. B. Achillessehnenverkürzung, Bewegungseinschränkung im Oberschenkelgelenk, bei Spitzfuß 31.03.04.1001/1003/1004 31.03.04.2001/2002/2003 Nicht kombinierbar mit Therapieschuhen (31.03.03.) ausgenommen 31.03.03.2, 31.03.03.7, 31.03.03.9 sowie Schutzschuhen 31.03.08
31.03.04.2001		05	Ausgleichsrolle für Gegenseite	Ausgleichsrolle für die Gegenseite mit Absatzangleichung und Abdecksohle, Material der Rolle dem vorhandenen Schuh und gegenseitiger Rolle angepasst	63,50 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000/1001/1003/1004 31.03.04.2000/2002/2003/2005/2006 am gleichen Schuh Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen
31.03.04.2002		05	Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung	Schmetterlingsrolle mit Absatzangleichung und Abdecksohle, auf der Außenseite leicht erhöht und verlängert, Material der Rolle dem vorhandenen Schuh angepasst	68,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1001/1003 31.03.04.2001/2003/2005/2006 31.03.04.3005 Nicht kombinierbar mit Produkten der Produktarten: 31.03.03.4/ 31.03.03.5 / 31.03.03.6/ 31.03.03.8 / 31.03.03.9

31.03.04.2003		05	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen	Schmetterlingsrolle mit zusätzlicher Weichbettung der Mittelfußköpfchen im Schuh, mit Absatzangleichung und Abdecksohle; Aussparung der Brandsohle und gleichzeitige Weichpolsterung der Aussparung; Material der Rolle dem vorhandenen Schuh angepasst	75,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000 Außer bei Achillessehnenverkürzung, Bewegungseinschränkung im OSG, bei Spitzfuß 31.03.04.1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2005/2006 31.03.04.3005 In Kombination mit 31.03.04.1001 ist die Abschlags-Position 31.03.04.0006 ansetzbar Nicht kombinierbar mit 31.03.08 Spezialschuhen bei diabetischem Fußsyndrom (31.00.03.0220)
31.03.04.2004		05	Entfernung der Rolle mit rückversetztem Auftritt	Entfernung der Rolle mit rückversetztem Auftritt	32,00 €	1	
31.03.04.2005		05	Zehenrolle	Zehenrolle mit Rollenscheitel jenseits des Zehengelenks distal verlagert. Sie führt so zu einer Verlängerung des Fußhebels, um die Standfläche zu vergrößern. Stabilisierung und Sicherung des Kniegelenks und eine Entlastung des Femoropatellargelenkes	63,50 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2003 In Kombination mit 31.03.04.1001 ist die Abschlags-Position 31.03.04.0006 ansetzbar
31.03.04.2006		05	Mittelfußrolle (Richtungsrolle)	Mittelfußrolle mit Scheitelpunkt (Rollenscheitel) zum Sprunggelenk hin verlagert, als Richtungsrolle gearbeitet, um Standfläche zu verkleinern, die Schrittabwicklung zu erleichtern und ihr eine gewünschte Richtung zu geben	63,50 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1001/1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2003
31.03.04.3001		05	Einarbeitung einer Stufenentlastung	Einarbeitung einer Querfußbrücke (Stufenentlastung) auf Brandsohle vom 1. bis 5. Mittelfußköpfchen durchgehend und Abdeckung mit Leder	37,00 €	1	Nicht in Verbindung mit diabetesadaptierten Einlagen ansetzbar
31.03.04.3004		05	Einarbeitung einer Haglundfersenentlastung oder Vorfußrückenpolster	Teilweise Aussparung bzw. Entfernung der Hinterkappe am vorhandenen Schuh, Polsterung aus Moosgummi oder gleichwertigem Material, neues Fersenfutter oder Schaftrandpolster, Fußrückenpolster	47,50 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.07 Diabetes adaptierte Fußbettung

31.03.04.3005		05	Schuhbodenversteifung	Entfernung des Schuhbodens im Sohlen- und Absatzbereich, Einarbeitung von Stahl oder Kunststoff (z. B. Gießharz, Glasfaser u. ä.) über die ganze Länge mit stabilisierender Wirkung	117,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.2002/2003 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen
31.03.04.3006		05	Schuhbodenverbreiterung	Verbreiterung des Schuhbodens durch Veränderung der Brand- und Laufsohle, mit Innendecksohle	93,50 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1003/1004 31.03.04.2000/2001/2002/2003 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen
31.03.04.3007		05	Einseitige Schaftversteifung	Einseitige Schaftversteifung aus Kunststoff oder Leder, ggf. mit Polster	80,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.3008 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen
31.03.04.3008		05	Doppelseitige Schaftversteifung	Doppelseitige Schaftversteifung aus Kunststoff oder Leder, ggf. mit Polster	120,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.3007 Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhe
31.03.04.3011		05	Anbringen von Klett-, Reiß- oder Schnallenverschluss	Anbringen von Schnallen, Klett- oder Reißverschluss nach Indikation bei Spastik, Rheuma, Apoplex, Hüftversteifung, Einhänder – je Schuh	48,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen



Anhang 3 zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2022

**konfektionierte Therapieschuhe
Versorgungsbereich 31 C oder 31A15**



Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

BARMER	16 96 025
TK/ HEK	16 96 389

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ABR-NR	Abrechnungspositionsnummer (Hilfsmittelpositionsnummer oder Pseudohilfsmittelnummer)
PBH	Produktbesonderheit
KZH	Kennzeichen Hilfsmittel
EK	Einkaufspreis
UST	Umsatzsteuer-Satz (1 = voll, 2= ermäßigt)
AZ	Arbeitszeit (Angabe in Minuten)

Hinweise zur Verwendung des Kennzeichens Hilfsmittel / Positionsnummer für Produktbesonderheit
Kennzeichen Hilfsmittel „00“ = Neulieferung Erstmalige Versorgung [Leistungsabgabe] mit einem neuen Hilfsmittel durch den Vertragspartner, z. B. erstmalige Versorgung mit einem Paar orthopädische Maßschuhe
Kennzeichen Hilfsmittel „04“ = Nachlieferung Erneute Versorgung mit dem gleichen Hilfsmittel, Nachlieferung eines Produkts mit identischer Hilfsmittelpositionsnummer durch den Vertragspartner
Positionsnummer für Produktbesonderheiten "0202000000" = Paarversorgung
Positionsnummer für Produktbesonderheiten "0200480000" = Zuschlag bei Unpaarversorgung (s. Feld Bemerkung)
Positionsnummer für Produktbesonderheiten "0701000000" = Höherwertige Versorgung - medizinisch indiziert, verordnet und fachlich begründet

Stabilisationsschuh bei Sprunggelenkband-Schädigung	
Indikation	Zustand nach komplexen Schädigungen des Bandapparates am oberen Sprunggelenk
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Bei isolierten Schädigungen des Bandapparates (innen oder außen) ist eine Versorgung mit Bandagen oder Orthesen in der Regel ausreichend. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Bei Stabilisationsschuhen bei Sprunggelenksschäden und bei Stabilisationsschuhen bei Achillessehnenschädigung erstreckt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf die Versorgung des jeweils verletzten Sprunggelenks/der verletzten Achillessehne (Einzelschuhversorgung). Die Versorgung erfolgt meist nach Abschluss der Wundheilung bzw. nach Abschwellung des Sprunggelenks.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.0		00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs	220,00 €	1	//	//	x
31.03.03.0	0202000000	00 04	Paarversorgung	nur bei beidseitiger Sprunggelenkband-Schädigung	329,00 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Stabilisationsschuh bei Achillessehenschädigung	
Indikation	Zustand nach Achillessehnenriss
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Bei isolierten Schädigungen des Bandapparates (innen oder außen) ist eine Versorgung mit Bandagen oder Orthesen in der Regel ausreichend. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Bei Stabilisationsschuhen bei Sprunggelenksschäden und bei Stabilisationsschuhen bei Achillessehenschädigung erstreckt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf die Versorgung des jeweils verletzten Sprunggelenks/der verletzten Achillessehne (Einzelschuhversorgung). Die Versorgung erfolgt meist nach Abschluss der Wundheilung bzw. nach Abschwellung des Sprunggelenks.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.1		00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs	468,33 €	1	//	//	x
31.03.03.1	0202000000	00 04	Paarversorgung	nur bei beidseitiger Achillessehenschädigung	699,00 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Stabilisationsschuh bei Lähmungszuständen	
Indikation	spastische Lähmungen mit Tendenz zur Spitzfußstellung
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Bei schlaffen Lähmungen ist die Versorgung mit Bandagen indiziert. Der vereinbarte Preis gilt nicht für die Versorgung von Kindern mit Muskelerkrankungen. In diesen Fällen ist der Kasse ein Kostenvoranschlag gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages zur Entscheidung einzureichen. Stabilisationsschuhe bei Lähmungszuständen sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Bei Stabilisationsschuhen bei Lähmungszuständen erstreckt sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf die Versorgung der von der Lähmung betroffenen Körperseite (Einzelschuhversorgung). Ist aufgrund der Indikation eine langfristige Versorgung angezeigt oder sind beide Körperseiten betroffen, erfolgt die Versorgung paarweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Stabilisationsschuh für den unverletzten Fuß ist bei temporären Versorgungen dagegen keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.2		00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs bei temporären Versorgungen	275,00 €	1	//	//	x
31.03.03.2	0202000000	00 04	Paarversorgung	nur bei langfristiger Versorgung (Lieferung eines Ausgleichsschuhs) oder beidseitigen Lähmungszuständen	365,00 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Verbandschuh Kurzzeit/Langzeit	
Indikation	Beeinträchtigung der Mobilität (des Gehens) bei Schädigungen der Haut und des Unterhautgewebes im Rahmen einer weniger Wochen oder längerfristig andauernden konservativen oder postoperativen Behandlung von Wunden mit ausgedehnten, ggf. gepolsterten Verbänden, deren Heilungsvorgang zumindest eine Teilbelastung des Fußes beim Gehen zulässt.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Verbandschuhe bestehen in der Regel aus textilen Materialien, Kunstleder/Lederimitaten, atmungsaktivem Nylon. Sie sind weit zu öffnen und verfügen über ein ausreichendes Volumen zur Aufnahme des mit einem Wund- oder Polsterverband versehenen Fußes. Das Obermaterial erlaubt Anpassarbeiten, z. B. durch Zuschneiden. Verstellbare Klettverschlüsse ermöglichen eine notwendige Weitenregulierung und Befestigung und sichern einen stabilen Halt. Die Nähte sind weitgehend aus dem oberen Schuhbereich verbannt, um keine Druckstellen zu erzeugen. Die Sohle ist wasserfest und erlaubt eine Nutzung im Innen- und Außenbereich. Die Materialauswahl richtet sich nach dem Krankheitsbild, die Form und der Schnitt nach den motorischen Fähigkeiten der Versicherten oder des Versicherten. Verbandschuhe sind nicht direkt auf der Haut zu tragen. Verbandschuhe sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am konfektionierten Schuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Diabetesadaptierte Fußbettungen sind nicht mit Verbandschuhen kombinierbar. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich grundsätzlich auf die Versorgung des operierten/verletzten Fußes (Einzelschuhversorgung). Sind beide Füße betroffen, erfolgt die Versorgung paarweise. Zur Druckumverteilung und/oder Polsterung kann im Einzelfall eine Weichpolsterbettungseinlage der Produktgruppe 08 „Einlagen“ im Verbandschuh erforderlich sein, wenn die zum Verbandschuh gehörende konfektionierte weiche Sohle und die Polsterung durch den Verband nicht ausreichend den Druck umverteilen und den Ulkus polstern.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.4		00 04	Stück		72,50 €	1	//	//	(x)
31.03.03.4	0202000000	00 04	Paarversorgung	Nur bei beidseitiger Indikation	127,00 €	1			(x)
31.03.03.4	0701000000	00 04	Höherwertige Versorgung medizinisch indiziert, verordnet und fachlich begründet	Liegt eine namentliche Produktverordnung vor, welche im Einkaufspreis mehr als EK 60 €/Stück des Vertragspreises beträgt, kann diese mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK +20% +max. 60 Stk. min AZ 90 Paar min AZ	1			x

Fußteil-Entlastungsschuh	
Indikation	Beeinträchtigung der Mobilität (des Gehens) bei mäßig bis schwer ausgeprägten Schädigungen der Knochen, Fußgelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen des Fußes (wie Vorfuß- oder Rückfußoperation, Verletzung, Entzündung) im einer Rahmen konservativen oder postoperativen Behandlung zur Frühmobilisation bei noch vorhandener Belastungsfähigkeit des Fußes zur Ermöglichung und Erhaltung einer angemessenen Gehfunktion Die entlastende Versorgung eines diabetischen Fußulkus ist nur indiziert, wenn ansonsten erforderliche Entlastungen (z. B. mit einem Vollkontaktgips oder einer vergleichbaren Orthese) definitiv nicht möglich sind.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche
Anmerkungen/ Besonderheiten	Der Fußteil-Entlastungsschuh wird als Vorfuß-Entlastungsschuh und als Fersen-Entlastungsschuh angeboten. Der Vorfuß-Entlastungsschuh umfasst die Ferse und Fußwurzel mit einem weichgepolsterten Schaft. Die Fersenkappe, Klettbänder und Verschlüsse verhindern ein Verrutschen im Schuh. Der Fersen-Entlastungsschuh umfasst den Knöchel und die Fußwurzel mit einem weich gepolsterten Schaft. Klettverschlüsse halten den Fuß in der vorgegebenen Position und verhindern ein Verrutschen im Schuh. Der Fußteil-Entlastungsschuh lässt den Vor- bzw. Rückfuß in der Schrittabfolge durch Vergrößerung der Absatzhöhe und Absatzneigung nach hinten zur Ferse hin nicht in Bodenkontakt kommen. Der Vorfußbereich ist gegen ungewolltes Anstoßen geschützt. Die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich grundsätzlich auf den verletzten/operierten Fuß (Einzelschuhversorgung). Verfügt der Fußteil-Entlastungsschuh über eine höhere Laufsohlenkonstruktion, ist ggf. bei der nicht versorgungsbedürftigen Seite zur Verringerung oder Vermeidung eines Beckenschiefstandes und pathologischen Gangbildes ein Höhenausgleich notwendig.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.5		00 04	Stück		95,00 €	1	//	//	x
31.03.03.5	0701000000	00 04	Höherwertige Versorgung medizinisch indiziert, verordnet und fachlich Begründet	Liegt eine namentliche Produktverordnung vor, welche im Einkaufspreis mehr als EK 70 € des Vertragspreises beträgt, kann diese mit medizinischer und fachlicher Begründung beantragt werden	EK+ 20% + max. 60min AZ	1			x

Korrektursicherungsschuh	
Indikation	Zustand nach erfolgter Sichelfußkorrektur im Vorschulalter, nach Beginn der Laufphase, wenn korrigierende Dreibackeneinlagen nicht mehr erforderlich sind.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Die vorrangige Versorgung ist das Tragen einer Drei-Backen-Einlage in handelsüblichen Konfektionsschuhen nach der Operation oder Redression des Fußes. Die Versorgung mit Korrektursicherungsschuhen ist bei Kindern nach erfolgter Operation oder Redression eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn mit der vorherigen Versorgung mit Drei-Backen-Einlagen in handelsüblichen Konfektionsschuhen das Therapieziel nicht erreicht werden konnte. Die Versorgung erfolgt paarweise oder unpaarig, aber immer für beide Füße. Der gesunde Fuß wird entsprechend den exakten Größenverhältnissen des Fußes mit einem „Neutralschuh“ versorgt. Dabei sollte ein optisch möglichst geringer Unterschied zum Versorgungsschuh bestehen und die Statik und Dynamik des Fußes genauestens beachtet werden.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.6	0202000000	00 04	Paarversorgung		254,41 €	1	//	45,00 €	x
31.03.03.6	0200480000	00 04	Zuschlag bei Unpaarversorgung	Ein Zuschlag für eine Unpaarversorgung (Schuhlänge/Schuhbreite) kann bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung berechnet werden: - ab einer vollen Schuhgröße Unterschied links/rechts - bei unterschiedlichen Schuhweiten (größer 0,5 cm) sind der Nachweis entsprechend dem Weitensystem des Herstellers sowie EK-Preis beizufügen	110,00 €	1			x

Schuh über Beinorthese	
Indikation	Bei Notwendigkeit des ständigen Tragens einer Orthese mit Fußteil am Fuß
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Orthesenschuhe sind paarweise angebotene konfektionierte Schuhe. Als Spezialschuhe für den betroffenen Fuß weisen sie ein ausreichendes Volumen zur Aufnahme einer Orthese auf. Der nicht betroffene Fuß wird mit einem Neutralschuh versorgt, der in Form und Ausführung dem Schuh über der Beinorthese entspricht, der aber schlanker gearbeitet ist und über keine besondere Kappenform verfügt. Die Auftrittsfläche ist beim Orthesenschuh entsprechend vergrößert, der Schaft ist entsprechend stabil. Eine feste Fersenkappe bietet ausreichend Halt. Der Orthesenschuh ist ausreichend weit zu öffnen. Der Verschluss erlaubt eine gute Anpassung. Orthesenschuhe benötigen für die betroffene Seite auf Dauer funktionierende Kappen, damit der Fuß mit der Orthese Halt findet. Zusätzlichen Halt bietet der erhöhte Schafttrand. Orthesenschuhe werden in verschiedenen Weiten und Brandsohlenbreiten angeboten. Die verschiedenen Verschlussarten und angebotenen Weiten optimieren die Passform. Alle Orthesenschuhe sind mit einem widerstandsfähigen Futter ausgestattet. Die weite Schaftöffnung erleichtert den Einstieg. Der Heckestieg ermöglicht ein fast barrierefreies Anziehen der Schuhe. Der Schuh der Gegenseite muss ggf. eine orthesenbedingte Beinlängendifferenz ausgleichen (Schuhzurichtung). Orthesenschuhe sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh, mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.7		00 04	Paarversorgung		258,53 €	1	76,00 €	45,00 €	x
31.03.03.7	0200480000	00 04	Zuschlag bei Unpaarversorgung	Ein Zuschlag für eine Unpaarversorgung (Schuhlänge/Schuhbreite) kann bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung berechnet werden: - ab einer vollen Schuhgröße Unterschied links/rechts - bei unterschiedlichen Schuhweiten (größer 0,5 cm), der Nachweis entsprechend dem Weitensystem des Herstellers ist beizufügen	110,00 €	1			x

Höhenausgleichsschuhe	
Indikation	Zur Vermeidung eines Beckenschiefstandes - Gegenstück zu einem einseitig benötigten Therapieschuh, der über eine sehr starke Sohlenkonstruktion von 3 bis 5 cm verfügt.
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung)
Anmerkungen/ Besonderheiten	Der Höhenausgleichsschuh besteht aus einer abrollerleichternden 3 bis 5 cm starken Laufsohle, einem meist textilen, gepolsterten Schuhschaft, der mittels Klettverschluss oder anderen Fixiersystemen am Fuß befestigt wird. Beim Tragen von speziellen Verband- oder Entlastungsschuhen entsteht durch die 3 bis 5 cm starken Laufsohlen dieser Therapieschuhe eine Höhendifferenz zwischen dem gesunden und dem mit einem Therapieschuh versorgtem operierten, verletzten oder erkrankten Fuß/Bein. Dadurch kommt es zu einem Beckenschiefstand mit negativer Einwirkung auf das Knie- oder Hüftgelenk und auf die Wirbelsäule. Höhenausgleichsschuhe sollen diese Dysbalance ausgleichen. Bei einer Versorgung mit Therapieschuhen, die konstruktionsbedingt einen Beckenschiefstand verursachen, können Höhenausgleichsschuhe eingesetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass der Therapieschuh und der Höhenausgleichsschuh immer aus der gleichen Serie eines Herstellers stammen. Nur so ist sichergestellt, dass Sohlengestaltung, Schaftaufbau und Fußfixierung mit dem Therapieschuh kompatibel sind. Durch diese Schuhkombination soll ein sicheres und physiologisch korrektes Gangbild erreicht und ein Beckenschiefstand vermieden werden. Der Höhenausgleichsschuh ist nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am konfektionierten Schuh der Produktuntergruppe 31.03.04. Vorrangig sind anstelle des Höhenausgleichsschuhs orthopädische Zurichtungen am Konfektionsschuh für die nicht versorgungsbedürftige Seite einzusetzen.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.8		00 04	Stück		EK + 20% + max. 45 Min. AZ	1	76,00 €	45,00 €	x

Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmung	
Indikation	bei Peroneuslähmungen mit spastischer Komponente mit Tendenz zur Spitzfußstellung
Zusatzarbeiten	Die Vergütung umfasst: •alle für die Indikation erforderlichen Zusatzarbeiten •Druckstellen nachweiten •Verschlüsse anpassen (z.B. Kletten kürzen) •Versteifungselemente nachbearbeiten , •(Zwischen-) Anproben/Kontrollen/Nachkontrollen •medizinisch notwendige Hausbesuche Die Vergütung umfasst nicht: •Einlagen (auf Grund einer anderen Indikation und separater Verordnung) •Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation und separater Verordnung
Anmerkungen/ Besonderheiten	Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmungen sind industriell konfektionierte hergestellte, erhöhte Stiefel. Eingearbeitete Verstärkungselemente bzw. hochgezogene Fersenkappen im rückwärtigen Schaftanteil sichern das obere Sprunggelenk und gleichen eine vorhandene Fußheberschwäche aus, indem sie eine Plantarflexion über einen Knöchelgelenkwinkel von 90° hinaus verhindern und somit ein „Schleifen“ oder „Hängenbleiben“ der Fußspitze verhindern. Die Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmung im Sinn dieser Produktart unterscheiden sich von Stabilisierungsschuhen bei Lähmungszuständen der Produktart 31.03.03.2 insbesondere durch die Art der Versteifungselemente. Stabilisationsschuhe bei Peroneuslähmung sind nicht kombinierbar mit orthopädischen Zurichtungen am Konfektionsschuh mit Ausnahme des Verkürzungsausgleichs im Absatz (31.03.04.1000) und des Verkürzungsausgleichs im Sohlenbereich (31.03.04.1001) bei Vorliegen der Indikation. Die Versorgung mit einem Peroneusschuh erfolgt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung für die betroffene Seite, paarweise(2 Stück) nur wenn beide Füße betroffen sind. Bei einseitiger Versorgung fällt der Gegenschuh (Neutralschuh) in die Eigenverantwortung der Versicherten oder des Versicherten.

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang / Bemerkung	Nettopreis	UST	Eigenbeteiligung (zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pro Schuhpaar)		Versorgungs- anzeige zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.9		00 04	Stück		EK+ 20% + max. 90 Min. AZ	1	76,00 €	45,00 €	x

Protokollnotiz zum RAHMENVERTRAG PG 31 Schuhe – gültig ab 01.12.2022

Vereinbarung über die Preisanlagen ab 01.01.2024 zur PG 31 Schuhe

**zwischen der
BARMER
Lichtscheider Str. 89
42285 Wuppertal**

und der

**Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg
und der**

**HEK - Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86 - 90
22041 Hamburg**

und der

**Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik
Pfälzer-Wald-Str. 32
81539 München**

Die Vertragspartner konnten sich aufgrund der nicht vorhersehbaren Preisentwicklungen (z.B. im Bereich der Rohstoffe/ Materialkosten, Beschaffungskosten, Personalkosten) nicht auf Vergütungen über den 31.12.2023 hinaus verständigen. Für die Verhandlung der Vergütungssätze ab 01.01.2024 verständigen sich die Vertragspartner auf folgendes Procedere:

Die AG Vertrag erstellt und übermittelt im Juni 2023 ein Preisangebot unter Berücksichtigung der vorliegenden Rahmenbedingen. Dabei sind Nachweise für die angeführten Preissteigerungen transparent darzulegen.

Die Kassen prüfen das Angebot innerhalb von 6 Wochen und unterbreiten der AG Vertrag einen Verhandlungstermin.

Rahmenvertrag zur PG 31 Schuhe und die dazugehörige allgemeine Anlage zu diesem Vertrag bleiben hiervon unberührt.

Wuppertal, den
BARMER

Susanne Eschmann
Abteilungsleiterin

Wuppertal, den
BARMER

Thomas Rabe
Teamleiter

Langen, den
Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik

Magnus Fischer
Obermeister

Hamburg, den
Techniker Krankenkasse

Wolfgang Flemming
Fachbereichsleiter

Hamburg, den
HEK

Axel Kreutzfeldt
stellv. des Vorstandes

Gerold Elkemann
Geschäftsführer