RAHMENVERTRAG orthopädische Schuhe PG 31 2023

zwischen der

hkk
Martinistraße 26
28195 Bremen
- im Folgenden Krankenkasse, bzw. hkk genannt -

und

- 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

Der Vertrag wird nach den Grundsätzen des § 127 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband schließt den Vertrag mit der Krankenkasse als Rahmenvertrag inklusive Zusätzen, Anhängen und Anlagen. Er fungiert nicht als Leistungserbringer. Die einzelnen Verbandsmitglieder nehmen durch eine gesonderte Erklärung, die direkt an die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband zu richten ist, an dem Vertrag als Leistungserbringer teil.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten mit den in den Anlagen aufgeführten Produkten zwischen der Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse 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. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband ist verpflichtet, die Mitgliedsbetriebe zu melden und die Meldungen aktuell zu halten. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband hat selbstständig eine Vertragspartnerliste der Mitgliedsbetriebe über den entsprechenden Leistungserbringergruppenschlüssel zu führen. Die Vertragspartnerliste ist von dem Verband regelmäßig zu aktualisieren und fortzuschreiben. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband stellt sicher, dass die Mitgliedsbetriebe und deren Filialen bei der Aufnahme in die Teilnehmerliste die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllen. Entsprechende Nachweise sind der Krankenkasse für den Einzelfall auf ihr Verlangen unverzüglich vorzulegen. Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband hat sicherzustellen, dass die Vertragsteilnehmer regelmäßig, spätestens jedoch alle 14 Tage, im Vertragsmanager der Firma medicomp eingespielt werden. Darüber hinaus sind die Kontaktdaten des Mitgliedsbetriebes sowie die Versorgungsgebiete für jeden Mitgliedsbetrieb durch die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband auf der Plattform MIP-Hilfsmittel-Management unverzüglich zu melden und laufend zu pflegen.

4. Die Mitgliedsbetriebe bestätigen schriftlich gegenüber der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband, dass sie den vorliegenden Vertrag mit den entsprechenden Zusätzen, Anhängen sowie Anlagen gegen sich gelten lassen. Auf Wunsch der Krankenkasse sind diese unterzeichneten Bestätigungen vorzulegen.

5. Organisatorische oder strukturelle Veränderungen der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband und/oder der Mitgliedsbetriebe mit Auswirkungen auf die vertraglichen Regelungen (zum Beispiel Zusammenschluss zweier Firmen) müssen der Krankenkasse umgehend schriftlich mitgeteilt werden.

6. Der Beitritt kann jeweils zum 1. eines Kalendermonats erfolgen, in dem die Beitrittserklärung handschriftlich unterschrieben bei der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband eingeht.

7. Dem Vertrag können andere Leistungserbringer zu den Inhalten und Konditionen gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beitreten. Der Vertragsbeitritt ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Informationen und Hinweise zur Vorgehensweise befinden sich auf der hkk-Website.

8. Die hkk hat 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.

9. Die Zusätze A1 und A2 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 berechtigen jedoch nur zur Versorgung der Versicherten der Krankenkasse, soweit sie auch vereinbart sind.

10. 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

11. 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 Krankenkasse sie schriftlich bestätigt hat.

12. 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.

13. Ein Anspruch auf Auftragsvergabe oder eine Mindestmengenabsprache besteht nicht.

14. Organisatorische oder strukturelle Veränderungen der Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband und/oder der Mitgliedsbetriebe

    - gemäß der Teilnehmerliste (vgl. Ziffer 3 und 4) mit Auswirkungen auf die Vertragsinhalte (z.B. Umzug) müssen der hkk umgehend schriftlich mitgeteilt werden. Ausgenommen hiervon sind Veränderungen, die bereits über das Meldeverfahren erfolgen.

15. Standardisierte Formulare, Erklärungen oder Anschreiben, welche die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband sowie deren Mitgliedsbetriebe gegenüber den Versicherten der Krankenkasse einzusetzen beabsichtigt und die sich auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen, sind vor dem Einsatz mit der Krankenkasse abzustimmen. Ausgenommen sind die nach § 1 Ziffer 16 geregelten Anhänge. Die Grundsätze zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sind zu beachten.

16. 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 Krankenkasse 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.

17. Rückfragen der Krankenkasse 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 Medizinproduktrecht-Durchführungsgesetz (MPDG), 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 der Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse ist 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

4. Kostenvoranschläge müssen den in den Anlagen genannten Voraussetzungen entsprechen. Insbesondere sind im Kostenvoranschlag 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, der Krankenkasse den Kostenvoranschlag in der von der Krankenkasse vorgesehenen elektronischen Form zu übermitteln. Kostenvoranschläge sind an die von der Krankenkasse benannten Stelle zu richten. Es gilt insoweit der Zusatz A1 für die hkk.

6. Die Krankenkasse behält sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen die Genehmigung für das konkret betroffene Hilfsmittel bzw. die konkret betroffene Versorgungsleistung zu verweigern und die Kostenvoranschläge 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. Besteht für eine Versorgung keine Genehmigungspflicht, ist der Mitgliedsbetrieb zu einer Direktabrechnung gemäß den vertraglichen Regelungen verpflichtet. Die Genehmigungsfreigrenzen sind in der Anlage 1 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 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 Krankenkasse vorliegt. Bis zu einer Auftragserteilung ist der Mitgliedsbetrieb auf Wunsch des Versicherten oder der Krankenkasse 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 der Krankenkasse beantragten Kosten (bei kostenvoranschlagspflichtigen Produkten) bzw. des mit der Krankenkasse vereinbarten Preises (bei versorgungsanzeigepflichtigen Produkten) bzw. des Festbetrages bei festbetragsgeregelten Produkten für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse ist 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 der Krankenkasse 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. 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.

7. 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.

8. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich bei geklärter Kostenübernahme durch die Krankenkasse, 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.

9. 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, ist die Krankenkasse 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.
   Leitet die Krankenkasse 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.

10. Im Falle genehmigungspflichtiger Versorgungen erfolgt die Lieferung bzw. Beginn der Versorgung grundsätzlich spätestens 72 Stunden nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse 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.

11. 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.

12. Die Abgabe des Hilfsmittels ist der Krankenkasse 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.

13. Die Abholung eines Hilfsmittels beim Versicherten durch den Mitgliedsbetrieb darf nur aufgrund eines mit dem Versicherten rechtzeitig vereinbarten Abholungstermins erfolgen.

14. 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 Krankenkasse kostenlos zur Verfügung. Dies gilt nicht für körpernahe Hilfsmittel, handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung.

§ 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse erteilt wurde.
    Für noch nicht abschließend gelistete Hilfsmittel kann die Krankenkasse vom Mitgliedsbetrieb die Vorlage einer vom Hersteller ausgestellten Konformitätserklärung gemäß MPDG 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 Krankenkasse 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 der Krankenkasse 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 MPDG und der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zum Einsatz kommen. Ausnahme: Bei Sonderanfertigungen wird auf eine CE-Kennzeichnung verzichtet, stattdessen ist der Krankenkasse auf Anfrage eine Konformitätserklärung zur Verfügung zu stellen.

4. Der Mitgliedsbetrieb verpflichtet sich, im Rahmen der Versorgung nach diesem Vertrag an die Versicherten der Krankenkasse nur Produkte abzugeben, die den Kriterien des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) 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 Zubehöre im Sinne des § 3 Nr. 9 MPDG.

§ 9 Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) 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. Die Krankenkasse behält 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 Krankenkasse in schriftlicher oder elektronischer Form zu übersenden.

3. Für Schäden, die durch eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung dieser Aufgaben entstehen, haftet der Mitgliedsbetrieb.

4. Ist der Mitgliedsbetrieb aus Gründen, die nicht in seiner Person liegen, gehindert, die oben genannten Maßnahmen durchzuführen, ist dies entsprechend zu dokumentieren und der Krankenkasse 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.

5. Die Krankenkasse wird 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 verzichtet die Krankenkasse auf eine Unterschrift.

   Für die Bestätigung der Durchführung der Beratung ist inhaltlich das als Anhang 01 zum Rahmenvertrag beigefügte 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 Beratungsgespräches, insbesondere die Form des Beratungsgespräches (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 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 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 Krankenkasse überwacht die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten gemäß § 127 Abs. 5 SGB V. Der Krankenkasse 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, der Krankenkasse 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 Versorgungen inklusive 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 Krankenkasse 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 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, der Krankenkasse 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 der Krankenkasse 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 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 sowie in der Abrechnung mit der Krankenkasse verwendet wird. Das IK ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen, Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Jeder Mitgliedsbetrieb bzw. jede Filiale kann nur <u>ein IK je Vertrag</u> mit der Krankenkasse verwenden, welches der Krankenkasse verbindlich in dem dafür vorgesehenen Format zu melden ist.

2. Die unter dem gegenüber der Krankenkasse 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 Krankenkasse verbindlich. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 der Krankenkasse mindestens 4 Wochen im Voraus mitzuteilen.

5. Das IK ist im Kostenvoranschlag und in der Abrechnung anzugeben. Kostenvoranschläge oder Abrechnungen ohne IK, mit fehlerhaftem oder unbekanntem IK berechtigen die Krankenkasse zur Abweisung.

§ 13 Rechnungslegung (gemäß § 302)

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist in Zusatz A2 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 Krankenkasse ab.

4. 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 Krankenkasse 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 hat die Krankenkasse 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. 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.

5. 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.

6. 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 Krankenkasse, soweit diese Angaben zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse 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 der Krankenkasse 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 der Krankenkasse 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. Der Krankenkasse 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 Krankenkasse vereinbarten Lieferfrist gemäß § 7 Ziffer 9 und 10 unter Berücksichtigung anderslautender Regelungen in den Anlagen gelangt der betreffende Mitgliedsbetrieb mit seiner

   Leistung ohne Mahnung in Verzug. In diesem Fall ist die Krankenkasse berechtigt, die Versorgung des Versicherten für den betroffenen Versorgungszeitraum einem Dritten zu übertragen. Dadurch entstehende Mehrkosten gehen zu Lasten des Mitgliedsbetriebes. Weitergehende Rechte der Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 Krankenkasse,
   - Qualitätskriterien hinsichtlich der vertraglich geschuldeten Leistung,
   - Regelungen zur Genehmigung in § 6,
   - 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 Krankenkasse unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes festsetzt.

8. Auf Seiten der Krankenkasse 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 hkk verletzt.

   c) durch ihre Mitgliedsbetriebe Vertragsverstöße in einem Umfang verursacht, welche es der Krankenkasse unzumutbar machen, an dem Vertrag festzuhalten,

   d) den Regelungen in § 1 Ziffer 14 zuwiderhandelt,

   e) unzulässige Versorgungen zuwider der Regelung des § 15 Ziffer 6 vornimmt,

   f) gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verletzt hat.

9. Auf Seiten der Krankenkasse 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 14 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 4 und 6 kann die Krankenkasse 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 Krankenkasse erheblich zu beeinträchtigen.

10. Für die Krankenkasse 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 Krankenkasse für Kostenvoranschläge nicht nach Maßgabe des Zusatzes A1 zum Rahmenvertrag in der vertraglich vorgesehenen Weise nutzt.

11. 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.

12. Die Parteien sind sich einig, dass für den Zeitaufwand des Geschädigten, gleich ob Leistungserbringender oder Krankenkasse, für die Ermittlung und außergerichtliche Abwicklung von Schadensersatzansprüche 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.

13. 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.

14. 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 01.02.2023.

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.

Bremen, den
hkk

_____
Herr Alexander Eisele
Abteilungsleiter Versorgungsmanagement Heil-/Hilfsmittel, Kuren/Reha

_____ _____

Obermeister stellv. Obermeister

Zusatz A 1 zum Rahmenvertrag

Regelungen zum Kostenvoranschlag

Ergänzend zu § 6 des Rahmenvertrages gelten für die hkk folgende Regelungen zur Erstellung des elektronischen Kostenvoranschlags.

Der Genehmigungsverzicht gemäß § 1 Nr. 5 sowie § 3 Nr. 4 der Anlage 1 kann von der hkk jederzeit auch gegenüber einzelnen Vertragsteilnehmern einseitig widerrufen werden. Die Änderung ist dem Leistungserbringer mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende mitzuteilen.

Bedarf es im Einzelfall einer Genehmigung durch die hkk gelten die folgenden Regelungen:

Reicht der Leistungserbringer für ein nach diesem Vertrag genehmigungsfrei geregeltes Hilfsmittel einen Kostenvoranschlag ein, gilt für die Abrechnung ausschließlich die von der hkk ausgestellte Genehmigung vorbehaltlich der nachgelagerten Abrechnungsprüfung. Die erteilte Genehmigungsnummer ist für den maßgeblichen Versorgungsfall zwingend in der Abrechnung anzugeben. Die hkk behält sich bei wiederholter nicht vertragskonformer Einreichung weitere Schritte gemäß § 17 des Rahmenvertrages vor.

Die Übermittlung von Kostenvoranschlägen ist auf elektronischem Weg vorzunehmen. Die hkk bedient sich dabei der internetbasierten Kostenvoranschlagsplattform MIP Hilfsmittel-Management der Firma

medicomp
Gesellschaft für neue Medien und Computer mbH
Hoheloogstr. 14
67065 Ludwigshafen

Der Leistungserbringer stellt seine Kostenvoranschläge in diese Plattform ein. Die Modalitäten für die Nutzung des Datenaustausches sind mit dem Anbieter der Internetplattform zu regeln. Die hkk wiederum übermittelt ihre Entscheidungsdaten (Genehmigung/Ablehnung) an die Internetplattform. Von dort werden sie dem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.

Die Stammdaten des Leistungserbringers (z. B. Adresse, Telefon, E-Mail) sind selbständig vom Leistungserbringer zu pflegen. Für Änderungen und Ergänzungen auf der eKV-Plattform trägt der Leistungserbringer die alleinige Verantwortung.

Der Kostenvoranschlag enthält mindestens folgende Informationen:

a. Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,

b. Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Versichertennummer),

c. Hilfsmittelkennzeichen (entsprechend der Anhänge 1 bis 3),

d. 10-stellige Positionsnummer (entsprechend der Anhänge 1 bis 3),

e. Produktbesonderheiten (entsprechend der Anhänge 1 bis 3),

f. Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten je Hilfsmittelversorgung,

g. Leistungserbringergruppenschlüssel,

h. Menge,

i. Angabe des Merkmals Seite (rechts, links, beidseitig),

j. Angabe des Netto- und Bruttopreises der Versorgung,

k. Verordnungsdatum sowie

l. Betriebsstätten- und Arztnummer des Verordners.

Die Verordnung ist im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlags als Anhang zu übermitteln und als solche zu kennzeichnen.

Die hkk behält sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen die Genehmigung zu verweigern und die Kostenvoranschläge einschließlich der eingereichten Unterlagen an den Leistungserbringer zurückzusenden. Die Regelungen dieses Zusatzes, der Anhänge sowie der Anlagen sind entsprechend zu berücksichtigen.

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.

Sofern die Krankenkasse eine vorliegende ärztliche Verordnung dem Vertragspartner übermittelt, erfolgt dies als elektronische Versorgungsanfrage oder elektronischer Auftrag über die eKV-Plattform. Ein zusätzlicher eKV des Vertragspartners ist bei elektronischen Aufträgen nicht erforderlich.

Zusatz A 2 zum Rahmenvertrag

Abrechnungsregelungen

1. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit den hierzu ergangenen „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Vertragspartnern“ sowie mit Hebammen und Entbindungsanstaltspflegern (§ 301 a SGB V)“ (im Folgenden Richtlinien genannt) und § 303 SGB V in den jeweils aktuellen Fassungen.

2. Die zuständige Daten- und Belegannahmestelle der hkk ist der jeweils aktuellen Kostenträgerdateien zu den Richtlinien nach § 302 SGB V zu entnehmen (siehe zum Beispiel „Kostenträgerdateien“ unter www.gkv-datenaustausch.de). Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von der hkk benannten Daten- und Belegannahmestelle zu liefern.

3. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte beziehungsweise 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 hkk zu verantworten.

4. Eine Abrechnung nach diesem Vertrag ist nur nach Vertragsbeitritt möglich. Bei der Abrechnung mit Vorlage einer Genehmigung, muss das Institutionskennzeichen (IK) der Genehmigung zwingend mit dem IK des Leistungserbringers übereinstimmen.

5. Sofern der Vertrag eine Skontoregelung enthält oder vom Leistungserbringer eine Skontogewährung angeboten wird, hat eine getrennte Rechnungslegung für Abrechnungsvorfälle mit Skonto-Abzug und solche ohne Skonto-Abzug zu erfolgen. Andernfalls erfolgt ein Skonto-Abzug auf Basis der gesamten Rechnung.

6. Die Bezahlung der Rechnung bei elektronischer Datenübertragung beziehungsweise bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt durch die hkk oder die benannte Stelle innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei der durch die hkk benannten Stelle. Werden Leistungen aus verschiedenen Hilfsmittelverträgen mit unterschiedlichen Zahlungszielen in einer Sammelrechnung gleichzeitig abgerechnet, ist immer die längste Zahlungsfrist der zugrundeliegenden Verträge maßgebend. Die Frist beginnt mit Eingang aller vollständigen Abrechnungsdaten und –unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird.

7. Die Abrechnung erfolgt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist, einmal monatlich in Form einer Sammelrechnung bei der benannten Stelle.

   Die Abrechnung erfolgt binnen sechs Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels. Nach Ablauf dieser Frist verliert der Leistungserbringer seinen Vergütungsanspruch (Ausschlussfrist).

   Voraussetzung für die Abrechnung von Hilfsmitteln ist, unter anderem eine entsprechende gültige Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V zum Zeitpunkt der

Leistungserbringung. Liegt diese für die ausliefernde Betriebsstätte des Leistungserbringers nicht vor, besteht kein Anspruch auf Bezahlung der erbrachten Leistungen, unabhängig von einer eventuell vorliegenden Genehmigung. In diesem Fall können der hkk und dem Versicherten keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistung besteht nicht, beziehungsweise nicht mehr, wenn der im Vertrag vereinbarte Genehmigung- und Abrechnungsweg nicht eingehalten wird. Insbesondere dann, wenn versucht wird, eine genehmigungspflichte Leistung direkt, das heißt ohne das Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung der hkk, abzurechnen.

Formale Beanstandungen, das heißt rein formale Fehler der Rechnung, die Abrechnungsvorgaben des § 302 SGB V betreffend, sind von der hkk oder der benannten Stelle innerhalb von zwölf Monaten geltend zu machen. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen bei der von der hkk benannten Stelle.

Einwände gegen Beanstandungen sind innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Beanstandung geltend zu machen. Ansprechpartner zu Abrechnungen, zur Rückgabe von Rechnungen oder zur Klärung von Differenzen ist ausschließlich die von der hkk benannten Stelle. Dabei ist die Belegnummer der von der hkk benannten Stelle anzugeben. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung beim Leistungserbringer oder dessen Abrechnungszentrum, wenn die Abrechnung übertragen wurde. Hat der Leistungserbringer die Abrechnung an ein Abrechnungszentrum übertragen, ist ausschließlich dieses Abrechnungszentrum Ansprechpartner zur Klärung von Abweichungen und Differenzen gegenüber der von der hkk benannten Stelle. Die Nachweispflicht über die rechtzeitige Geltendmachung der Einwände trägt der Leistungserbringer.

Die Prüfung von Einwänden gegen eine ausgesprochene Beanstandung seitens der hkk erfolgt innerhalb von drei Monaten, nach Eingang der Einwände bei der von der hkk benannten Stelle.

Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen beziehungsweise die Einwände als anerkannt.

Dem Leistungserbringer ist bekannt, dass über die reine Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung hinaus innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist eine nachgelagerte Rechnungsprüfung stattfindet, innerhalb derer eine vollständige Überprüfung der materiell-rechtlichen Berechtigung der Ansprüche erfolgt. Die Zahlung ergeht unter dem Vorbehalt dieser Nachprüfung. Rückforderungsansprüche der hkk sowie das Recht zur Aufrechnung von Forderungen bleiben insoweit unberührt.

8. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, bei Pauschalen, Mieten und Erprobung ist der Beginn und das Ende des jeweils abgerechneten Versorgungszeitraumes (Segment EHI, Felder „Versorgungszeitraum von“ und „Versorgungszeitraum bis“) sowie die Anzahl der Versorgungsmonate (Segment ZUH, Feld „Versorgungszeitraum“) zu übermitteln.

9. Bei der Durchführung von Reparaturen, Wartungen, Ersatzbeschaffungen, Aussonderungen und Rückholungen, bei denen kein Verordnungsdatum existiert (Segment ZHI, Feld „Verordnungs-, Ausstell- oder Einsatzdatum“), ist in dem dafür vorgesehenen Feld stattdessen das Datum der Leistungserbringung bei der Abrechnung anzugeben.

10. Die Daten aus der Genehmigung müssen zwingend mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Nicht abrechenbar trotz Vorliegen einer elektronischen Genehmigung der

hkk sind die Versorgungen, in denen die Genehmigung auf Angaben des Vertragspartners beruht, die dieser unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Diese Genehmigungen sind ungültig und verwirken den Vergütungsanspruch des Vertragspartners.

Zu den unrichtigen oder unvollständigen Angaben in der Abrechnung gehören insbesondere:

- die in den Rechnungsunterlagen erfassten Daten des Versorgungsbeginns und/oder des Auslieferungsdatums weichen mehr als ein Monat von den im elektronischen Kostenvoranschlag gemachten Daten ab

- die angegebenen (Hilfsmittel-)Positionsnummern entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen

- die angegebene Kombination von Hilfsmittelkennzeichen und/oder Produktbesonderheiten entsprechen nicht den vertraglichen Vereinbarungen

- die Angabe der Menge in Bezug auf den angegebenen Einzelpreis ist abweichend zur ausgestellten Genehmigung.

11. Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat der Leistungserbringer die hkk und die von der hkk benannte Stelle unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Es ist der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name des beauftragten Abrechnungszentrums und das IK, unter dem das Abrechnungszentrum die Rechnungslegung vornimmt, sowie die Erteilung und der Entzug einer Inkasso-Vollmacht mitzuteilen.

12. Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen, vertraglichen und datenschutzrechtlichen Regelungen durch das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum verantwortlich. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Abrechnungszentrum ist der hkk auf Verlangen vorzulegen.

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

Gutachterverfahren

1. Gem. § 275 Abs.3 SGB V kann die Krankenkasse 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 Krankenkasse hat die Möglichkeit, ein Gutachterverfahren einzuleiten.

2. Das Ergebnis des Gutachterverfahrens ist für die Krankenkasse 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 der Krankenkasse getragen.

4. Der Vertragspartner stellt der Krankenkasse 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 mit der hkk

Die Leistungserbringergemeinschaft/Innung/Verband und die hkk vereinbaren, dass die Konditionen gemäß den Anhängen 1 bis 3 an das kassenübliche Niveau angepasst werden, sofern für entsprechend des in diesem Vertrag angewandten Indikation/Kategorisierung gestützten Modells neue – von unseren bisherigen Vertragspreisen abweichende – marktübliche Preise etabliert wurden.

Zur Abstimmung der Anwendung der neuen marktüblichen Preise setzt sich die AG Vertrag mit der hkk entsprechend in Verbindung.

Der Rahmenvertrag zur PG 31 Schuhe sowie die dazugehörigen Anlagen und Zusätze bleiben hiervon unberührt.

Bremen, den

hkk

_____

Herr Alexander Eisele
Abteilungsleiter Versorgungsmanagement Heil-/Hilfsmittel, Kuren/Reha

_____ _____

Obermeister stellv. Obermeister

Anlage 1 zum Rahmenvertrag Schuhe PG 31 2023

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 ein Kostenvoranschlag gem. § 6 Ziffer 4 des Rahmenvertrages unter Beifügung der ärztlichen Verordnung zur leistungsrechtlichen Prüfung einzureichen. Für die Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen ist dem Kostenvoranschlag 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 Ebenden (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. Für die Vertragsparteien gilt bis auf Widerruf für preislich geregelte Hilfsmittel der Anhänge 1 bis 3 eine Genehmigungsfreigrenze in Höhe von 250,00 € netto auf Verordnungsebene.

6. Bei Zurichtungen an konfektionierten Schuhen ist die als Anhang 2a zur Anlage 1 vereinbarte Patientenerklärung oder die Stempellösung 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 Versorgungen 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. Versorgungen 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 Krankenkasse 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, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für ein Wechselpaar 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 Versorgungen 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 %: Schaftbestellung/-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 fersenfreie 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 gemäß den offiziellen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes 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. Für die Vertragsparteien gilt bis auf Widerruf für nicht preislich geregelte Hilfsmittel der Anhänge 1 bis 3 eine Genehmigungsfreigrenze in Höhe von 250,00 € netto auf Verordnungsebene.
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 Krankenkasse und die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer bindend.
3. Die Kosten des Gutachterverfahrens werden bei berechtigten Beanstandungen des MD-Gutachtens von der Krankenkasse, ansonsten vom Leistungserbringer getragen.
4. Eine aktuelle Liste der vereidigten Gutachter kann über den Link https://www.svd-handwerk.de/suche.php eingesehen werden.
5. Weitere Regelungen hierzu befinden sich in Anhang 02: Gutachterverfahren.

Orthopädische Schuhe **Indikation/Kategorisierung**	**Schutzschuhe mit konfektionierter Weichpolster-einlegesohle**	**Schutzschuhe mit individueller Fußbettung**	**Orthopädische Maßschuhe**	**Orthopädische Maßschuhe mit Zusatzanteil**	**Orthopädische Maßschuhe mit hohem Zusatzanteil**
individuelle Anforderung an die Versorgung	enthalten in				
	1	2	Kategorie 3	Katergorie 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
Arthrodesenkappe					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 Arthodesenkappe
7	Amputation sehr kurzer Fußwurzelstumpf - Rückfußstumpf (Chopart, Pirogroff)					x	Kat. 5 für Arbeiten mit Arthodesenkappe
	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	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	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 Stütwalklasche (Feststellschuh)
	Rheuma						
31	Rheumatische Füße ohne wesentliche Formveränderungen			x			
32	Rheumatischer Fuß mit leichter Deformierung (siehe Hammer- und Krallenzehe 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	Orthopädieschuhtechnische 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 Wechselversorgung

Befunderhebungsbogen „Diabetischer Fuß“

Name, Vorname Versicherte/r		**Geburtsdatum**	
Größe: _____ Gewicht: _____	☐ DM Typ 1 ☐ DM Typ 2	Seit ca. … Jahren	
Klinischer Befund		**Links**	**rechts**
Vibrationsempfinden (D1 Grundgelenk) **Vibrationsempfinden** (Außenknöchel)		……. /8 ……. /8	……. /8 ……. /8
Mikrofillamenterkennung (MFK plantar)		☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Fußdeformitäten ☐ ja ☐ nein		☐ Hallux Valgus ☐ Krallenzehen ☐ _____	☐ Hallux Valgus ☐ Krallenzehen ☐ _____
Osteoarthopathie (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 2023

Preisliste für Maßschuhe
Versorgungsbereich 31 A 15

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

hkk

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 Krallenzehe 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 Interimsversorgung:	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 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 Einzelproduktlistung). 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 leichterer 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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh									
31.00.03.0320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.340,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.0310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		670,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh									
31.00.03.1320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.299,04 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.1310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		649,52 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh									
31.00.03.2320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.360,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.2310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		680,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh									
31.00.03.3320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.197,04 €	2	25,00 €	14,00 €	x
31.00.03.3310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		598,52 €	2	25,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh									
31.00.03.4320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.241,04 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.03.4310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		620,52 €	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 Interimsversorgung:	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 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 Einzelproduktlistung). 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 leichterer 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 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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh									
31.00.03.0420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.730,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.0410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		865,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh									
31.00.03.1420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.700,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.1410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		850,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh									
31.00.03.2420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.760,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.2410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		880,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh									
31.00.03.3420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.600,00 €	2	25,00 €	14,00 €	x
31.00.03.3410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		800,00 €	2	25,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh									
31.00.03.4420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.670,27 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.03.4410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		835,13 €	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
	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
	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 Peronaeus- 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 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 Einzelproduktlistung). 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 leichterer 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 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. **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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh									
31.00.03.0520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.050,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.0510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.025,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh									
31.00.03.1520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.010,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.1510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.005,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh									
31.00.03.2520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.050,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.03.2510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.025,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh									
31.00.03.3520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.089,37 €	2	25,00 €	14,00 €	x
31.00.03.3510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.044,68 €	2	25,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh									
31.00.03.4520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.133,37 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.03.4510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.066,68 €	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	Kostenvoranschlag 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	119,00 €	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	109,00 €	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	42,57 €	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	47,60 €	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		33,00 €	1		(x)
31.03.05.3000		01	Neues Lederfutter am Schaft und an der Lasche	Schaft und Lasche mit neuem Leder auskleiden	73,00 €	1		(x)
31.03.05.3001		01	Neues Lammfellfutter	Schaft und ggf. Lasche mit neuem Lammfell auskleiden	90,00 €	1		(x)
31.03.05.3003		01	Neues Entlastungspolster im Schaft	Entlastungspolster im Schaft erneuern	38,00 €	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 Einar-beiten von Polstermaterial mit hoher Dämpfungseigenschaft	80,30 €	1		(x)
31.03.05.4001		01	Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je cm (Sohle und Absatz)	Bei nach erfolgter Schuhversorgung aufgetretenen Beinlängen-differenzen	59,50 €	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	79,00 €	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		1,10 €	1		x
31.99.99.0003		07	Arbeitsminute mit reduziertem MWSt-Satz für frei kalkulierbaren Arbeiten		1,10 €	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(1,10€/min)	2		x

Anhang 1f zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2023

Preisliste für Maßschuhe/Schutzschuhe mit Diabetesausstattung
Versorgungsbereich 31 F 15

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

hkk

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 Zolltarifauskunft Schuhe der Kategorie 2 sind grundsätzlich mit dem ermäßigten MwSt-Satz einzureichen. Der volle MwSt-Satz kann nur bei Vorlage der Zolltarifauskunft 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 orthopädieschuhtechnischen 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 Vollbild der 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) fürdiabetische 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 orthopädieschuhtechnischen 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 Grundschuh 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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom									
31.00.03.0220	0000000000 9900600000 0000890000	00 04	Straßenschuh - Paarversorgung	als Grundschuh kommt ein Produkt aus der 31.03.08.0 zur Anwendung	772,50 €	2 1	76,00 €	45,00 €	x
31.00.03.1220	0000000000 9900600000 0000890000	00 04	Hausschuh - Paarversorgung	als Grundschuh kommt ein Produkt aus der 31.03.08.0 zur Anwendung	736,00 €	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 Krallenzehe 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 über Orthesen bei PNP /pAVK, Diabetes RisikogruppeVI
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 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 Einzelproduktlistung). 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 leichterer 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, Dünnste Stelle 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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.0320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.705,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.07.0310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		852,50 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.1320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.670,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.1310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		835,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.2320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.725,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.2310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		862,50 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.3320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.614,40 €	2	25,00 €	14,00 €	x
31.00.07.3310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		807,20 €	2	25,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.4320	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		1.658,40 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.07.4310	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		829,20 €	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 Einzelproduktlistung). 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 leichterer 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, Dünnste Stelle 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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.0420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.060,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.07.0410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.030,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.1420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.020,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.1410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.010.00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.2420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.075,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.2410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1037,50 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.3420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.000,00 €	2	25,00 €	14,00 €	x
31.00.07.3410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.000,00 €	2	25,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh mit Diabetesaustattung									
31.00.07.4420	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.087,63 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.07.4410	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.043,81 €	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 Peronaeus- 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 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 Einzelproduktlistung). 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 leichterer 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, Dünnste Stelle 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)		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Straßenschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.0520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.500,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
31.00.07.0510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.250,00 €	2	76,00 €	45,00 €	x
Orthopädischer Hausschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.1520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.400,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.1510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.200,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Sportschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.2520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.500,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
31.00.07.2510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.250,00 €	2	40,00 €	20,00 €	x
Orthopädischer Badeschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.3520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.506,73 €	2	25,00 €	14,00 €	x
31.00.07.3510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.253,36 €	2	25,00 €	14,00 €	x
Orthopädischer Interimsschuh mit Diabetesausstattung									
31.00.07.4520	0000000000 9900600000	00 04	Paarversorgung		2.550,00 €	2	entfällt	entfällt	x
31.00.07.4510	0000000000 9900600000	00 04	Einzelversorgung bei unterschiedlichen Kategorien		1.275,00 €	2	entfällt	entfällt	x

Diabetesadaptierte Fußbettungen // Ersatzfußbettungen

ABR-NR	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang	Nettopreis	UST	Bemerkung	Kostenvoranschlag zur Genehmigung
31.03.07.0001			Diabetes adaptierte Fußbettung für orthpädische 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 orthopädischem Maßschuh, für orth. Maßschuhe mit Diabetesausstattung der Kat. 3 bis 5.	205,00 €	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	205,00 €	2	Gilt ausschließlich für den Spezialschuh bei diabetischem Fußsyndrom der Kategorie 2.	x

Anhang 1g zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2023

Preisliste für Innenschuhe
Versorgungsbereich 23 E

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

hkk

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 Produktbosonderheit
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 Lähmungszustände, 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		Kostenvoranschlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
Orthopädischer Innenschuh/Athrodeseninnenschuh									
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	**Einlagen**
bei erstmaliger Versorgung bis zu 3 Paar pro Zeitjahr	bei erstmaliger Versorgung mit einem Wechselpaar[1)]
bei Folgeversorgungen (frühestens 12 Monate nach der erstmaligen Versorgung) 2 Paar pro Zeitjahr	bei weiteren Versorgungen (frühestens 12 Monate nach der erstmaligen Versorgung) bis zu 2 Paar pro Zeitjahr[2)]

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 Krankenkasse 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 2023

orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen
Versorgungsbereich 31 E oder 31A15

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

hkk

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	PBH	KZH	Bezeichnung	Leistungsumfang	Nettopreis	UST	Bemerkung
31.03.04.0001		05	Einseitige Absatz-verlängerung, vorgezogener Absatz	Einseitige Verlängerung des Absatzes (innen oder außen) von ca. 1,5 cm bzw. Flügel-, Schlepp- oder Stegabsatz mit abgeschrägter hinterer Kante	50,00 €	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	60,00 €	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	60,00 €	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 Mehrfach-verordnung 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.	- 16,10 €	1	
31.03.04.0007		05	Anbringen eines vorhandenen Schuhbügels	Einbau eines ein- oder zweiseitigen Schuhbügels mit Absatzaufbau einschließlich aller Bohr- und Befestigungsarbeiten.	90,00 €	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.	50,00 €	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.	59,00 €	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	59,00 €	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	42,00 €	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-, Richtungszehenrolle	65,80 €	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	63,51 €	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	69,00 €	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	80,30 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.04.1000 Außer bei Achillessehnenverkürzung, Bewegungseinschränkung im 0SG, 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	40,00 €	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	65,80 €	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	65,80 €	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	42,00 €	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	51,00 €	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	124,00 €	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	102,73 €	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	95,00 €	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	125,00 €	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	60,00 €	1	Nicht kombinierbar mit: 31.03.03 Therapieschuhen 31.03.08 Diabetes-Therapieschuhen

Anhang 3 zur Anlage 1 des Rahmenvertrages Schuhe PG 31 2023

konfektionierte Therapieschuhe
Versorgungsbereich 31 C oder 31A15

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

hkk

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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.0		00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs	221,00 €	1	//	//	x
31.03.03.0	0202000000	00 04	Paarversorgung	nur bei beidseitiger Sprunggelenkband-Schädigung	330,00 €	1	76,00 €	45,00 €	x

Stabilisationsschuh bei Achillessehnenschädigung	
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 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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.1		00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs	475,00 €	1	//	//	x
31.03.03.1	0202000000	00 04	Paarversorgung	nur bei beidseitiger Achillessehnenschädigung	715,00 €	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 Mus-kelerkrankungen. 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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.2		00 04	Stück	ohne Lieferung eines Ausgleichsschuhs bei temporären Versorgungen	295,00 €	1	//	//	x
31.03.03.2	0202000000	00 04	Paarversorgung	nur bei langfristiger Versorgung (Lieferung eines Ausgleichsschuhs) oder beidseitigen Lähmungszuständen	385,00 €	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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.4		00 04	Stück		75,50 €	1	//	//	(x)
31.03.03.4	0202000000	00 04	Paarversorgung	Nur bei beidseitiger Indikation	135,00 €	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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.5		00 04	Stück		98,50 €	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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.6	0202000000	00 04	Paarversorgung		260,00 €	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	110,50 €	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 Schaftrand. 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 Heckeinstieg 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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.7		00 04	Paarversorgung		265,00 €	1	76,00 €	45,00 €	x
31.03.03.7	0200480000	00 04	Zuschlag bei Unpaarversorgung	Ein Zuschlag für eine Unpaarversorgung (Schuhlän-ge/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	110,50 €	1			x

Höhenausgleichschuhe	
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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.8		00 04	Stück		EK + 20% + max. 45 Min. AZ	1	//	//	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 konfektioniert 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)		Kostenvoran-schlag zur Genehmigung
							Erwachsene	Kinder	
31.03.03.9		00 04	Stück		EK+ 20% + max. 90 Min. AZ	1	76,00 €	45,00 €	x