
**Anerkennungserklärung
zum**

.....
für Leistungserbringer

Leistungserbringer Hauptbetrieb (Name, Firmenbezeichnung)

(Institutionskennzeichen - IK)

(Inhaber/Geschäftsführer)

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Ich/wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln vom 01.02.2015 an und verpflichte(n) mich/uns die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkennungserklärung nicht schriftlich widerrufen.

Die Leistungspflicht des Leistungserbringers bezieht sich auf folgende Filialbetriebe, deren fachliche Leiter die vertraglichen Bedingungen durch die folgende Unterschrift anerkennen:

IK	Name und Anschrift	Grundsätzliche Eignung gemäß § 3 Abs. 1 des Rahmenvertrages erfüllt für folgende Produktgruppen	Fachliche Leitung	Unterschrift

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Der Präqualifizierungsnachweis ist für den Hauptbetrieb und jeden Filialbetrieb beigelegt.

Mir ist bekannt, dass die Anerkennungserklärung und somit die Versorgungsberechtigung nach diesem Vertrag erst mit dem Tag, der durch den BKK LV bestätigt wurde, wirksam wird.

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift des Leistungserbringers Hauptbetrieb

Qualitätsvereinbarung

Allgemeines

Die qualitativen Anforderungen sind vom Leistungserbringer während der gesamten Vertragslaufzeit zu erfüllen. Sollte eine Voraussetzung nach dieser Anlage nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die BKK unverzüglich schriftlich darüber zu informieren.

Bei nicht vorhersehbaren Ereignissen, z.B. bei längerer Krankheit oder Tod des fachlichen Leiters, wird eine Übergangsfrist von dem BKK LV und der Innung gemeinsam festgelegt.

Grundlage

Der Leistungserbringer hat die Voraussetzungen gemäß der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 126 Abs. 1 SGB V in der jeweils geltenden Fassung in jeder an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebsstätte zu erfüllen und nachzuweisen.

Servicestandards

Die Hilfsmittel bezogene Beratung kann sowohl im ambulanten als auch im teilstationären und/oder stationären Bereich durchgeführt werden. Sie ist persönlich durch den fachlichen Leiter oder entsprechendes Fachpersonal durchzuführen.

Zum Leistungsumfang gehören:

- Bei der Beschaffung der Produkte sind alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen.
- Die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel und die Einweisung in deren Gebrauch. Sie umfasst insbesondere die Anprobe, die Prüfung der Passfähigkeit sowie die Funktionsprobe.
- Beratungsgespräche mit pflegenden Angehörigen, Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes oder dem Personal in teil-/stationären Einrichtungen.
- Kundendienst während der üblichen Geschäftszeiten.

Qualitätskontrolle

Der Leistungserbringer hat die im Vertrag geregelten Leistungen ausreichend zu dokumentieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der BKK das Vorliegen der entsprechenden Dokumentation unverzüglich prüffähig darzulegen.

Eignungsprüfung

Aufgrund des gesetzlichen Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1 a SGB V gilt der Betrieb (Hauptbetrieb und Filialbetrieb), der die Bestätigung einer zuständigen Stelle (Präqualifizierungsstelle) für die in § 1 Abs. 1 des Rahmenvertrages genannten Produktgruppen vorweist, zur Versorgung geeignet. Weitere Qualifikationen sind in den Anlagen zu der jeweiligen Produktgruppe definiert.

Genehmigungsverfahren

1. PG 31 – Produkte - Ambulante Versorgungen

Abweichend von § 6 Abs. 5 dieses Vertrages gilt bei der Abgabe von vertragsärztlich verordneten Hilfsmitteln grundsätzlich eine Genehmigungsfreigrenze bis 150,00 € netto pro vertragsärztlicher Verordnung. Dies gilt auch für Reparaturen und Zurichtungen.

2. PG 31 – Produkte - Stationäre Versorgungen

Abweichend von § 6 Abs.4 dieses Vertrages sind alle notwendigen Krankenhausversorgungen für Interimsversorgungen und Versorgungen mit Verbands- und Therapie-schuhen bis zu einem Betrag von 250,00 € netto genehmigungsfrei.

Notwendige Krankenhausversorgungen für Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind bis zu einem Betrag von 150,00 € netto genehmigungsfrei.

3. Produkte der PG 08 und der PG 17

Mit Inkraftsetzung dieses Vertrages wird die Genehmigungsfreiheit für Einlagen(PG 08) und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (PG 17) wie nachfolgend beschrieben geregelt: **PG 08 keine Genehmigung wenn:**

- für das Hilfsmittel ein bundeseinheitlicher Festbetrag festgesetzt wurde und
- für den jeweiligen Versicherten noch nicht bereits 2 Versorgungen pro Jahr und Leistungserbringer vorgenommen wurden (ausgenommen Kinderversorgungen).

PG 17 keine Genehmigung wenn:

- für das Hilfsmittel ein bundeseinheitlicher Festbetrag festgesetzt wurde und die Diagnose der ärztlichen Verordnung einer entsprechenden Indikationen des Hilfsmittelverzeichnis nach §139 SGB V entspricht und
- die Abrechnung der Produkte als Serienfertigung (unabhängig vom Wortlaut der ärztlichen Verordnung) erfolgt und
- für den jeweiligen Versicherten noch nicht bereits 2 Versorgungen pro Jahr und Leistungserbringer vorgenommen wurden.

Sollte die BKK feststellen, dass die Versorgung über das Maß des Notwendigen hinaus erfolgte und der Versicherte mit einem anderen Hilfsmittel hätte versorgt werden können, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

BKK

(Ort, Datum)

BKK Landesverband Nordwest
Frau Edith Ejazi
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Fax-Nr. (0201) 179-7129
edith.ejazi@bkk-nordwest.de

Rahmenvertrag mit der Orthopädie-Schuhtechnik (PG 31) nach § 127 Absatz 2 SGB V zur Versorgung mit Hilfsmitteln vom 01.02.2015

Beitrittserklärung

Dem Vertrag mit der Orthopädie-Schuhtechnik (PG 31) gemäß § 127 Absatz 2 SGB V zur Versorgung mit Hilfsmitteln vom 01.02.2015

treten wir bei.

Ansprechpartner: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon / Telefax: _____

e-Mail-Adresse: _____

(Unterschrift)

Patientenerklärung

Orthopädische Schuhszurichtungen

Einlagen

Anlage zur Verordnung vom: _____

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

Verordner: _____

Die Abgabe von Orthopädie-Schuhszurichtungen/Einlagen ist begrenzt.

Orthopädische Schuhszurichtungen

bei erstmaliger Versorgung bis zu drei Paar

bei Folgeversorgungen

(frühestens sechs Monate nach der erstmaligen Versorgung) ein Paar alle sechs Monate

Einlagen

bei erstmaliger Versorgung bis zu zwei Paar¹⁾

bei weiteren Versorgung

(frühestens 12 Monate nach der erstmaligen Versorgung)
bis zu zwei Paar alle sechs Monate²⁾

1) für das 2. Paar Einlagen ärztliche Begründung erforderlich.

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

Ich erkläre hiermit, dass ich bisher:

- noch keine orthopädische Schuhszurichtungen erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar orthopädische Schuhszurichtungen erhalten habe
- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 2 Paar orthopädische Schuhszurichtungen erhalten habe
- nach der erstmaligen Versorgung in den vergangenen 6 Monaten noch keine weitere orthopädische Schuhszurichtung erhalten habe
- noch keine Einlagen erhalten habe (erstmalige Versorgung)
- ich im Rahmen der erstmaligen Versorgung erst 1 Paar Einlagen erhalten habe
- nach der erstmaligen Versorgung mit maximal 2 Paar Einlagen (Folgeversorgung) in den vergangenen 12 Monaten noch
- keine erhalten habe (Begründung für 2. Paar – siehe ärztliche Verordnung)
- erst 1 Paar Einlagen erhalten habe (Begründung für 2. Paar – siehe ärztliche Verordnung)

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

Datum/Unterschrift Versicherter

Stempel/Unterschrift Leistungserbringer

Versorgung mit
PG 02
(Adaptionshilfen 02.40.01.2-3 Strumpfanziehhilfen)

- 02.40.01.2xxx Anziehhilfen Strümpfe und Strumpfhosen
- 02.40.01.3xxx Stumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe
- 02.40.01.3xxx mediven Butler

Es gelten die ortsüblichen Regelungen bis zum Abschluss einer neuen Anlage weiter.
Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.

Versorgung mit
PG 05
(Bandagen – nur Fuß bzw. bis einschließlich Knie)

Es gelten die örtüblichen Regelungen bis zum Abschluss einer neuen Anlage weiter.

Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.

Versorgung mit PG 08 (Einlagen)

Es gelten die aktuellen Festbetragsregelungen. Es ist mindestens ein aufzahlungsfreies Modell je 7-Steller vorzuhalten und primär anzubieten.

Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.

**Versorgung mit
PG 10
(Gehhilfen)**

Versorgung mit PG10 (Gehhilfen 10.50.01-03 Hand-/Gehstöcke, Unterarmstützen, Achselstützen)

Es gelten die ortsüblichen Regelungen bis zum Abschluss einer neuen Anlage weiter.

Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.

**Versorgung mit
PG 17
(Hilfsmittel zur Kompressionstherapie)**

Es gelten die aktuellen Festbetragsregelungen. Wenn kein Festbetrag besteht, erfolgt die Versorgung auf Grundlage eines Kostenvoranschlages nach ortsüblichen Preisen.

Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.

Versorgung mit
PG 23
(Orthesen – jeweils bis zum Knie)

Es gelten die ortsüblichen Regelungen bis zum Abschluss einer neuen Anlage weiter.

Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.

Versorgung mit
PG 24
(Prothesen- beschränkt auf Fuß- sowie Fußteilprothesen)

Es gelten die ortsüblichen Regelungen bis zum Abschluss einer neuen Anlage weiter.

Siehe hierzu die 1. Protokollnotiz zum Vertrag.