

VERTRAG

**gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten im Land
Bremen mit
bestimmten Hilfsmitteln**

zwischen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte,
Siebstrasse 4, 30171 Hannover
zugleich handeln für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg

IKK gesund plus, handelnd als IKK – Landesverband für das Land Bremen

- nachfolgend Kostenträger genannt -

und

Bremer Apothekerverein e. V.

nachfolgend BremerAV genannt

AC/TK: 1104000

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages
§ 2	Geltungsbereich
§ 3	Voraussetzungen für die Leistungserbringung
§ 4	Verordnung/Wirtschaftlichkeit
§ 5	Kostenvoranschlag/Genehmigung
§ 6	Grundsätze der Versorgung (Qualitätssicherung)
§ 7	Versorgung und Beratung der Versicherten
§ 8	Vergütung
§ 9	Zuzahlung
§ 10	Abrechnung
§ 11	Rechnungs- und Preisberichtigung
§ 12	Datenschutz
§ 13	Gewährleistung
§ 14	Haftung
§ 15	Werbung/Depotverbot
§ 16	Vertragsverstöße
§ 17	Inkrafttreten und Kündigung
§ 18	Schlussbestimmungen
§ 19	Salvatorische Klausel

Präambel

Soweit Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge gemäß § 127 Abs. 2 SGB V mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit den in den Anlagen bezeichneten Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringende Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.

Die Vertragspartner wirken bei der Umsetzung dieses Vertrages vertrauensvoll und partnerschaftlich zusammen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Sicherstellung der aufzahlungsfreien Versorgung der Versicherten mit den in den Anlagen bezeichneten Hilfsmitteln einschließlich der Vergütung, Abrechnung und der damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und dem Stand der Technik nach wirtschaftlichen Grundsätzen gemäß §§ 2, 12 und 70 SGB V.

(2) Bei diesem Vertrag handelt es sich um einen Verbandsvertrag, daher war der Vertragsschluss mit einem Verband bzw. mit einem sonstigen Zusammenschluss der Leistungserbringer ausdrücklich erwünscht. Der BremerAV prüft und verwahrt die Beitrittsanträge/-unterlagen seiner Mitgliedsapotheken und stellt den Kostenträgern zu Beginn der Vertragslaufzeit und bei Veränderungen ein Verzeichnis dieser am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Verfügung und unterrichtet über Beginn und Ende der Vertragsteilnahme.

(3) Ein Anspruch des Leistungserbringers auf Auftragsvergabe, Zuweisung von Versicherten oder eine Mindestmengenabgabe besteht nicht. Ein Kontrahierungszwang der Leistungserbringer besteht nicht.

(4) Die nachfolgend benannten **Anlagen** sind Bestandteil dieses Vertrages:

- Anlage 1: Preisvereinbarung Hilfsmittel
- Anlage 2a: Beitrittserklärung für Apotheken
- Anlage 2b: Beitrittserklärung für sonstige Leistungserbringer
- Anlage 3: Kostenvoranschlag zur Belieferung von Hilfsmitteln
- Anlage 4: Versicherteninformation bei einer ausdrücklich gewünschten höherwertigen Versorgung

§ 2 Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag entfaltet Rechtswirkung bei der Versorgung von Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven und IKK gesund plus im Land Bremen (Leistungsortprinzip) mit den in **Anlage 1** bezeichneten Hilfsmitteln.

(2) Der Vertrag gilt für die Versicherten der Betriebskrankenkasse (im Folgenden „BKK“ genannt), sofern die jeweils zuständige BKK keinen eigenen Vertrag mit dem BremerAV oder dem DAV geschlossen hat. Der BKK LV Mitte stellt den Vertragspartnern sechs Wochen vor Vertragsbeginn und bei ggf. eintretenden Veränderungen ein Excel-Verzeichnis der am Vertrag teilnehmenden BKK zur Verfügung.

(3) Dieser Vertrag gilt für die öffentlichen Apotheken im Land Bremen, deren Inhaber Mitglied des BremerAV sind. Er gilt darüber hinaus für öffentliche Apotheken, die ihren Sitz oder zumindest eine Filiale im Land Bremen haben, deren Inhaber diesem Vertrag einschließlich seiner Anlagen beigetreten ist und deren Hilfsmittelabgabe im Land Bremen erfolgt. Öffentliche Apotheken, deren Inhaber weder dem BremerAV angehören, noch diesem Vertrag beigetreten sind, sind von der Lieferung ausgeschlossen.

(4) Die übrigen Apotheken, welche die Voraussetzungen dieses Vertrages erfüllen, können diesem Vertrag mit der Beitrittserklärung nach **Anlage 2a** beitreten, sofern sie nicht aufgrund anderweitig bestehender Verträge zur Versorgung berechtigt sind (§ 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V). Der Beitritt ist dann gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven, dem BKK LV Mitte und/oder der IKK gesund plus zu erklären.

(5) Dieser Vertrag gilt auch für sonstige Leistungserbringer, die diesem Vertrag beigetreten sind.

(6) Sonstige Leistungserbringer, welche die Voraussetzungen dieses Vertrages erfüllen, können diesem Vertrag mit der Beitrittserklärung nach **Anlage 2b** beitreten, sofern sie nicht aufgrund anderweitig bestehender Verträge zur Versorgung berechtigt sind (§ 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V). Der Beitritt ist dann gegenüber den Kostenträgern zu erklären. Diese prüfen die Beitrittsvoraussetzungen und stimmen dem Beitritt zu, soweit die Bedingungen erfüllt sind.

§ 3 Voraussetzungen für die Leistungserbringung

(1) Voraussetzung für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag ist die Erfüllung der Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 SGB V.

(2) Der Leistungserbringer hat die Eignung zur Abgabe von Hilfsmitteln nach den

Regelungen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V nach den hierfür geltenden Vorschriften durch Vorlage einer Bestätigung einer nach diesen Vorschriften geeigneten Stelle gegenüber dem BremerAV nachzuweisen. Bei Nichtmitgliedschaft im BremerAV den Kostenträgern. Dieses PQ-Zertifikat muss sich auf die von diesem Vertrag umfassten Produktgruppen beziehen.

(3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Änderungen von Tatsachen, die seine Versorgungsberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung und Erweiterung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der Präqualifizierungsstelle und dem BremerAV bzw. dem Kostenträger schriftlich mitzuteilen, sowie sogleich ein neues PQ-Zertifikat zu übersenden.

(4) Die Annahme von Verordnungen ist nur gestattet, soweit der Leistungserbringer zur Abgabe des verordneten Hilfsmittels aufgrund seiner Eignung (PQ-Zertifikat) berechtigt ist und er die weiteren Voraussetzungen dieses Vertrages erfüllt.

(5) Bis zum 30.09.2013 gilt abweichend von Abs. 4 die Versorgungsberechtigung als nachgewiesen, wenn der Vertragspartner über eine Versorgungsberechtigung nach dem Hilfsmittelliefervertrag vom 01.04.2007 verfügte. Bis zum 15.09.2013 stellt der Bremer Apothekerverein gemäß § 2 Abs. 3 den Kostenträgern eine aktuelle Liste mit seinen präqualifizierten Mitgliedern zur Verfügung und die beigetretenen Leistungserbringer (§ 2 Abs. 4 und 5) reichen ihre PQ-Zertifikate unaufgefordert bei den Kostenträgern ein. Für Leistungserbringer, die ihre erfolgreiche Präqualifizierung bis zu diesem Tag nicht nachgewiesen haben, endet die Versorgungsberechtigung automatisch zum 30.09.2013.

(6) Der Leistungserbringer bestätigt mit seiner Beitrittserklärung zu diesem Vertrag, dass er die genannten Voraussetzungen erfüllt. Die Kostenträger sind berechtigt, in der ihnen geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden. Soweit festgestellt wird, dass der beitriftswillige Leistungserbringer nicht die Voraussetzungen erfüllt, kann dem Beitritt widersprochen werden.

§ 4 Verordnung / Wirtschaftlichkeit

(1) Auswahl und Abgabe der Hilfsmittel haben nach Maßgabe der vertragsärztlichen Verordnung so zu erfolgen, dass die Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitet (§ 12 SGB V). Qualität und Funktionstauglichkeit der abzugebenden Hilfsmittel haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 70 SGB V). Für die Versorgung mit Hilfsmitteln sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Eine Überprüfungspflicht auf Seiten der Leistungserbringer besteht hinsichtlich der Schlüssigkeit und der Vollständigkeit.

(2) Die ordnungsgemäß ausgestellte gültige vertragsärztliche Verordnung für das beanspruchte Hilfsmittel hat neben der Bezeichnung des Hilfsmittels und/oder der ersten sieben Stellen der Hilfsmittelpositionsnummer und/oder der Produktart und der Verordnungsmenge folgende Angaben zu enthalten:

- a) Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer)
- b) Name der Krankenkasse
- c) Versichertennummer
- d) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
- e) Gültigkeit der Versichertenkarte
- f) Vertragsarztnummer (LANR und BSNR)
- g) Ausstellungsdatum des Verordnungsblattes
- h) Versichertenstatus
- i) Vertragsarztstempel oder maschineller Aufdruck
- j) Unterschrift des Vertragsarztes
- k) Diagnose und/oder Diagnoseschlüssel (kann vom Leistungserbringer nach Rückfrage beim Arzt vom Leistungserbringer nachgetragen und abgezeichnet werden)
- l) Kennzeichnung „Gebühr Pfl“, „Gebühr frei“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Sonstiges“ (kann vom Leistungserbringer nach Rückfrage beim Arzt oder der jeweiligen Krankenkasse nachgetragen und abgezeichnet werden.)
- m) Bei im Notfalldienst ausgestellten Verordnungen genügt für den Buchstaben d) im Rahmen des Ersatzverfahrens Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten.

(3) Der Leistungserbringer hat für die Vollständigkeit der Verordnung selbst Sorge zu tragen. Formfehler nach a) – f) und h), k), l) können im Einzelfall vom Leistungserbringer geheilt werden.

(4) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels kann nach den Hilfsmittelrichtlinien entweder die Produktart genannt oder die entsprechende 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer angegeben werden. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, das Einzelprodukt nach den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Versorgung auszuwählen. Hält es der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische Einzelproduktverordnung (10-Steller) durchzuführen. Eine schriftliche Begründung ist erforderlich. Kommt der Arzt der Verpflichtung, Hilfsmittel „generisch“ zu verordnen, d.h. unter den ersten 7 Stellen der Hilfsmittelpositionsnummer oder der Bezeichnung der Produktart zu verordnen, nicht nach und verordnet ein bestimmtes Einzelprodukt (sog. 10-Steller), muss der Leistungserbringer anstelle des verordneten Hilfsmittels ein anderes preisgünstigeres Hilfsmittel der gleichen Produktart abgeben, es sei denn, der Arzt hat zuvor der Verordnung des Einzelproduktes eine schriftliche Begründung beigefügt oder es handelt sich um ein Austauschset oder Zubehörteile zu einem bestimmten Hilfsmittel. Die schriftliche Begründung muss der jeweiligen Krankenkasse vom Leistungserbringer auf Verlangen vorgelegt werden. Der verordnende Arzt soll grundsätzlich vor dem Austausch eines 10-Stellers informiert und um Zustimmung gebeten werden. Der Leistungserbringer hat die Entscheidung des Arztes entsprechend zu vermerken.

(5) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist (Datum der Verordnung).

(6) Bei Verordnungsmissbrauch durch Vertragsärzte, Apotheker, Versicherte oder sonstige Dritte, sind die den Missbrauch feststellenden Krankenkassen nicht zur Zahlung verpflichtet, es sei denn, dass der Missbrauch für den Leistungserbringer bei Wahrung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt nicht erkennbar war. Missbrauch im Sinne des Satzes 1 liegt insbesondere vor, wenn die Abrechnung auf Grundlage gefälschter, erschlichener, rechtswidrig ausgestellter oder erlangter Verordnungen begehrt wird. Für den Fall, dass die Krankenkasse in Unkenntnis des Missbrauchs im Sinne des Satzes 2 an den Leistungserbringer oder ein von diesem beauftragtes Rechenzentrum gezahlt hat, ist sie berechtigt, ihre geleisteten Zahlungen mit der nächsten Zahlungsforderung des Apothekers zu verrechnen, es sei denn, die Forderung ist verjährt. Diese Regelung ist grundsätzlich nur bei einer Mehrzahl von Fällen anzuwenden, es sei denn der Missbrauch ist bereits auf einem Rezept erkennbar.

§ 5

Kostenvoranschlag / Genehmigung

(1) Der Leistungserbringer gibt ausschließlich Hilfsmittel ab, die in **Anlage 1** aufgeführt und im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V gelistet sind.

(2) Der Kostenvoranschlag, soweit erforderlich, enthält folgende Angaben und Anlagen:

- Angaben zum Leistungserbringer (Institutionskennzeichen, Name, Anschrift)
- Angaben zum Versicherten (Vers.-Nr., Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
- Ärztliche (Zahnärztliche) Verordnung
- Ggf. Hersteller, genaue Modell-/Artikelbezeichnung und Zubehör
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, anzugeben für jede Position des KVA
- Netto- und Bruttopreis
- Ggf. aktuelle Maßkarte

(3) Die Erstellung des Kostenvoranschlages wird nicht gesondert vergütet.

(4) Die Kostenträger sind berechtigt, im Rahmen des § 12 SGB V weitere Kostenvoranschläge anderer Vertragspartner einzuholen. Bietet ein anderer Leistungserbringer das (oder ein artgleiches) Hilfsmittel zu günstigeren Konditionen an, erhält der Erstanbieter ein Nachbesserungsrecht. Die Krankenkasse informiert den Erstanbieter, sofern dieser nicht mit der Versorgung beauftragt wird. Dieser ist dann verpflichtet, die Verordnung der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Krankenkasse hat das Recht, einen Kostenvoranschlag abzulehnen, wenn sie dem Versicherten das benötigte Hilfsmittel aus ihrem eigenen Bestand (Pool) zur Verfügung stellen kann. Der Leistungserbringer ist über die Entscheidung der

Krankenkasse schriftlich zu informieren.

(6) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse. Die Genehmigungspflicht nach Satz 1 entfällt, wenn das einzelne Hilfsmittel **in Anlage 1** gesondert mit * gekennzeichnet ist.

(7) Diese Vereinbarung steht unter dem Vorbehalt der nachträglichen Veränderung des Genehmigungsverfahrens nach Anlage 1 durch die jeweiligen Kostenträger.

(8) Genehmigungen für die diesem Vertrag unterliegender Versorgung können per Post oder per Telefax eingeholt werden. Sollte eine Veränderung der Abwicklung der Genehmigung über eine elektronische Hilfsmittelplattform oder in andere Weise gewünscht sein, so verständigen sich die Vertragspartner darauf, kurzfristig die mögliche Umsetzung zu verhandeln und ein einheitliches Abwicklungsverfahren zu vereinbaren. Die Vertragspartner streben an, dass keine zusätzlichen Kosten entstehen.

§ 6

Grundsätze der Versorgung (Qualitätssicherung)

(1) Der Leistungserbringer beachtet bei der Leistungserbringung die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere die Allgemeinen Richtlinien über Medizinprodukte der Europäischen Union. Das Medizinproduktegesetz (MPG) in Verbindung mit der Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV) stellen die Kostenträger von allen sich aus diesen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten frei.

(2) Für die Abgabe sämtlicher Hilfsmittel nach diesem Vertrag ist es erforderlich, dass qualifiziertes Personal beschäftigt wird, welches sich fachspezifisch fortbildet, mindestens jedoch alle 2 Jahre. Die Fortbildungen sind auf Verlangen durch Zertifikat in geeigneter Weise nachzuweisen. Hierbei ist eine der folgenden Qualifikationen erforderlich:

- Apotheker/in, PTA, Orthopädietechniker/in mit umfassender beruflicher Erfahrung auf dem Feld der Hilfsmittelversorgungen (einschlägige berufliche Tätigkeit von mindestens 2 Jahren nach abgeschlossener Ausbildung oder
- Einzelhandelskaufmann/frau des medizinisch-technischen Bereiches mit mindestens 3-jähriger beruflicher Erfahrung innerhalb des Sanitätsfachhandels oder
- Hilfsmittelfachkraft (z. B. Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger, PKA) ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens 5-jähriger Berufserfahrung in dem zu versorgenden Hilfsmittelbereich.

(3) Die beteiligten Krankenkassen sind berechtigt, jede Lieferung sowie Qualität des gelieferten Hilfsmittels in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Hierzu gehört auch die Befragung der Versicherten.

§ 7 Versorgung und Beratung der Versicherten

(1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die verordneten Hilfsmittel sorgfältig, einwandfrei und unverzüglich abgegeben werden. Nach Eingang der Verordnung bzw. erforderlichenfalls der Genehmigung der Krankenkasse erfolgt die Abgabe/Zurverfügungstellung grundsätzlich innerhalb von 48 Stunden (Sonnabende, Sonn- u. Feiertage verlängern diesen Zeitraum entsprechend), sofern es sich hierbei nicht um eine Maßanfertigung handelt. Die Beweislast für den abweichenden Versorgungszeitpunkt trägt der Leistungserbringer. Erfolgt die Lieferung schuldhaft nicht wie vertraglich geregelt, hat der Leistungserbringer der beteiligten Krankenkasse eine notwendig gewordene Zwischenversorgung des Versicherten in der tatsächlich angefallenen Höhe zu erstatten.

(2) Der Leistungserbringer stellt eine telefonische Erreichbarkeit von Montag bis Freitag sicher.

(3) Der Leistungserbringer hat den Service einschließlich Reparatur und Ersatzlieferung zu übernehmen und während der Garantiezeit gem. §13 zu garantieren.

(4) Bei jeder Hilfsmittelversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, den Versicherten und/oder dessen pflegenden Angehörigen und/oder dessen Pflegedienst umfassend zu beraten sowie in die Bedienung und Pflege des Hilfsmittels einzuweisen. Die Beratung und die Lieferung einschließlich Montage sowie Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels erfolgt kostenfrei ausschließlich durch entsprechend ausgebildetes Fachpersonal gemäß § 6 Abs. 2 dieses Vertrages. Eine eventuell notwendige Nachbetreuung ist ebenfalls zu gewährleisten.

(5) Eine wirtschaftliche Aufzahlung darf vom Versicherten grundsätzlich nicht gefordert werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, dem Versicherten aufzahlungsfreie Produkte anzubieten. Soweit der Versicherte jedoch ausdrücklich mit höherwertigen Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V versorgt werden möchte, hat der Leistungserbringer dies entsprechend der **Anlage 4** gesondert zu dokumentieren und auf Verlangen der jeweiligen Krankenkasse zu übermitteln (vgl. dazu ergänzend §8 Abs. 3 des Vertrags).

(6) Falls erforderlich, sind Beratung und Einweisung auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. Wohnung des Versicherten, Krankenhaus, Pflegeheim) durch den Leistungserbringer vorzunehmen.

(7) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Versicherten und ggf. die betreuenden Personen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.

(8) Bei allen Hilfsmitteln, die am Körper zu tragen sind, muss eine fachgerechte Anprobe erfolgen, wenn dies für die Hilfsmittelfunktion zweckmäßig erscheint.

(9) Als Maßartikel gelten Artikel (z.B. der Kompressionsversorgung), die nach individuellen Maßen der Versicherten hergestellt werden müssen. Maßartikel dürfen nur dann abgegeben werden, wenn eine Versorgung mit Konfektionsartikeln

aufgrund abweichender Körpermaße nicht möglich ist. Ob der Versicherte mit einem Maßartikel versorgt werden muss, stellt der Leistungserbringer durch Maß nehmen fest.

(10) Bei ärztlich verordneter Kompressionsware nach Maß, die nach individuellen Maßen des Versicherten hergestellt und als Maßanfertigung abgerechnet wird, ist die Kommissions- oder Maßschemanummer des Herstellers auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung anzugeben. Die Körpermaße sind auf Basis des vorgenannten Maßschemas vollständig bei der Abrechnung anzugeben. Maßanfertigungen sind stets genehmigungspflichtig. Dem Kostenvoranschlag ist in diesen Fällen eine Kopie der aktuellen Maßkarte beizufügen. Der Kostenträger ist berechtigt, gegebenenfalls Rückfrage beim Hersteller zu halten.

§ 8 Vergütung

(1) Die Preise für die Abgabe von Hilfsmitteln ergeben sich aus der **Anlage 1**. Es handelt sich dabei um Vertragspreise in Form von Höchstpreisen. Mit der Vergütung sind sämtliche Kosten für den vertraglich vereinbarten Leistungsumfang abgegolten, das sind insbesondere die Kosten der Beschaffung, der Lagerung, der Beratung und der Auslieferung. Der Leistungserbringer darf nur die vertraglich vereinbarte Leistung abrechnen, die er auch erbracht hat.

(2) Alle Preise und Entgelte nach diesem Vertrag sind Nettopreise. Sie sind zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer zu berechnen. Bei einigen Produkten ist aufgrund der unterschiedlichen Preise der 10-Steller eine Nominalpreisangabe nicht möglich; es gilt dann der Apothekeneinkaufspreis (AEK) plus x %. In diesen Fällen ist die Krankenkasse berechtigt, einen Nachweis über den Einkaufspreis zu verlangen. Für die Apotheke kommt es auf das für sie verbindliche Preis- und Produktverzeichnis an. Dies ist das Preis- und Produktverzeichnis von ABDATA (ehemals deutsche Spezialitätentaxe nach Lauer).

(3) Verlangt der Versicherte oder sein Beauftragter neben den von diesem Vertrag umfassten Leistungen eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherte oder sein Beauftragter die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die entstehenden Mehrkosten informiert hat. Hierzu hat der Versicherte oder der Beauftragte die Mehrkostenberechnung unter Verwendung des Vordruckes der **Anlage 4** unter Darlegung der aufzahlungsfreien Versorgung vor Lieferung zu unterschreiben. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten oder seines Beauftragten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren, vom Versicherten oder seinem Beauftragten zu unterschreiben und der Krankenkasse auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Dem Versicherten oder seinem Beauftragten ist eine Durchschrift des Dokuments auszuhändigen. Darüber hinausgehende Mehrkosten – mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung – dürfen vom Versicherten nicht gefordert werden.

(4) Nicht abgeholte Hilfsmittel können nicht zulasten der Krankenkasse abgerechnet

werden. Davon ausgenommen sind Maßanfertigungen.

(5) Ein Vergütungsanspruch zulasten der Krankenkasse besteht ferner nicht, wenn Hilfsmittel abgegeben werden, für die der Leistungserbringer keine Lieferberechtigung im Sinne dieses Vertrages hat und/oder die nicht ärztlich verordnet wurden.

(6) Der Leistungserbringer lässt sich den Empfang des den Qualitätsanforderungen nach diesem Vertrag entsprechenden gebrauchsfähigen Hilfsmittels unter Angabe des Datums vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person bestätigen. Quittierungen, die im Voraus oder nachträglich erfolgen, sind unzulässig.

§ 9 Zuzahlung

(1) Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach §§ 33 Abs. 8, 61 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung nach § 43 b Abs. 1, S. 1 SGB V vom Versicherten ein.

(2) Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten auf Verlangen zu quittieren ggf. rückwirkend.

(3) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse verringert sich um den Zuzahlungsbetrag gemäß § 61 SGB V.

§ 10 Abrechnung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung hat insbesondere folgende Bestandteile:

- a) Abrechnungsdaten
- b) Diagnose (ICD-Schlüssel, wenn vorhanden)
- c) Verordnungsblätter im Original
- d) 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, anzugeben für jede Position der Rechnung
- e) Empfangsbestätigungen / Sendungsnummern (im Einzelfall kann der entsprechende unterschriebene Lieferschein akzeptiert werden)
- f) Genehmigung gemäß § 5, hilfsweise die Genehmigungsnummer
- g) Gesamtaufstellung der Abrechnung (Sammelrechnung).

Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach c), d) und e) sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung vereinbarungsgemäß im Original in der in den Richtlinien nach § 302 SGB V beschriebener Sortierreihenfolge an die von der Krankenkasse benannte Abrechnungsstelle zu liefern.

(2) Die Rechnungslegung sowie die Weiterleitung der Original-Verordnungsblätter erfolgt jeweils für einen abgeschlossenen Kalendermonat nach Maßgabe der Richtlinien nach § 302 SGB V bis spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, an die von der Krankenkasse benannte Stelle.

(3) Bei Verordnungen, die mehr als zwei Monate nach Ablauf der Frist nach Abs. 2 abgerechnet werden, ist die Krankenkasse berechtigt, die Rechnung um 5% zu kürzen. Bei Verordnungen, die mehr als sechs Monate nach dem Ausstellungsdatum abgerechnet werden, kann die Krankenkasse die Zahlung ganz verweigern. Irrläufer und wiedereingereichte geheilte Verordnungen sind von diesen Regelungen nicht betroffen.

(4) Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Institutionskennzeichen des Leistungserbringers beziehungsweise der Filiale einzureichen. Auf der Rechnung ist das Institutionskennzeichen (IK) anzugeben. Das IK ist in fortlaufender Folge, d.h. ohne Zwischenräume, zu schreiben.

(5) Es werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 Abs. 2 SGB V.

(6) Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den gemeinsamen Richtlinien zum Datenaustausch nach § 302 Abs. 2 SGB V angenommen. Fehlerhafte Daten werden an den Leistungserbringer mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Leistungen, für die die Unterschrift des Versicherten oder des Empfangsberechtigten fehlt, können nicht vergütet werden.

(7) Die Rechnungen werden unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung innerhalb von 28 Tagen ohne Abzug bezahlt, es sei denn, die Prüfung nach § 11 Abs.1 wird innerhalb dieser Frist durchgeführt. Die Frist beginnt mit dem Tag des Eingangs der vollständigen Abrechnungsunterlagen i. S. v. § 2 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung und korrekten Datenlieferung bei der Abrechnungsstelle der beteiligten Krankenkasse zu laufen. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird. Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich die Frist auf den nächstfolgenden Werktag. § 303 Abs. 3 SGB V sowie § 7 Abs. 2 der o. g. Richtlinien bleiben unberührt.

(8) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die zu beanstandenden Unterlagen bzw. die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Ergibt sich bei einer Prüfung der Rechnungen des Leistungserbringers, dass die Bestimmungen dieser Vereinbarung oder die im Geschäftsverkehr erforderliche Sorgfalt nicht beachtet

wurden, so ist die beteiligte Krankenkasse berechtigt, den jeweiligen Betrag von der Rechnung pauschal um bis zu 5 % zu kürzen.

(9) Soweit der Leistungserbringer eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung und Einziehung seiner Forderung ermächtigt hat, zahlt der Kostenträger mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle, es sei denn, dass ihr ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung vorliegt. Dabei hat die vom Leistungserbringer beauftragte Abrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einzureichen. Der Leistungserbringer hat das Ende des Auftragsverhältnisses unverzüglich der Krankenkasse mitzuteilen.

(10) Auf die Rechnungslegung finden die gesetzlichen Regelungen zum Zurückbehaltungsrecht und der Aufrechnung Anwendung.

(11) Das Tarifikennzeichen (Leistungserbringergruppenschlüssel) wird gem. Anlage 3 Abschnitt 8.1.5.1 und Abschnitt 8.1.5.2 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung wie folgt bestimmt: 1104000

§ 11

Rechnungs- und Preisberichtigung

(1) Sachliche und rechnerische Berichtigungen, Preisbeanstandungen sowie Beanstandungen wegen fehlender Verordnungsblätter sind innerhalb von 15 Monaten nach Eingang der Verordnungsblätter bei der Krankenkasse möglich. Beanstandungen sind schriftlich gegenüber dem Leistungserbringer geltend zu machen. Geeignete Beweismittel (z. B. Images, Print-Images, Fotokopien, Verordnungsblätter) sind beizufügen.

(2) Einwendungen des Leistungserbringers gegen Beanstandungen der Krankenkasse sind unter Angabe der Gründe innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung bei der Krankenkasse zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt.

§ 12

Datenschutz

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten gemäß BDSG sowie §§ 67 bis 85a SGB X zur Einhaltung des Daten- und Geheimnisschutzes zu beachten und personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

(2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind.

(3) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten, dem MDK und der leistungspflichtigen Krankenkasse, die an diesem Vertrag beteiligt ist, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter und freien Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen.

(4) Bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen hat der Leistungserbringer die beteiligte Krankenkasse unverzüglich zu informieren. Der Datenschutzbeauftragte der beteiligten Krankenkasse ist berechtigt, die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Daten nach vorheriger Terminabsprache mit dem Leistungserbringer zu überprüfen.

(5) Der Leistungserbringer ist zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Für Verletzungen datenrechtlicher Bestimmungen haftet er nach den gesetzlichen Bestimmungen.

§ 13 Gewährleistung

(1) Die Gewährleistung des Leistungserbringers richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften, soweit dieser Vertrag nichts anderes bestimmt. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten.

(2) In Gewährleistungsfällen ist dem Versicherten kostenfrei ein Ersatzhilfsmittel zu leisten.

(3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Versicherten ausschließlich Hilfsmittel auszuliefern, die frei von Rechten Dritter sind. Der Leistungserbringer stellt die Beteiligten sowie die Krankenkassen von Ansprüchen Dritter frei.

§ 14 Haftung

(1) Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstandenen Schäden nach den gesetzlichen Vorschriften, die dem Versicherten, den beteiligten Krankenkassen oder Dritten durch Hilfsmittel aufgrund einer fehlerhaften Abgabe entstehen. Auf das MPG wird verwiesen. Eine Haftung der beteiligten Krankenkasse für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.

(2) Kommt der Leistungserbringer schuldhaft seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht rechtzeitig nach, so gerät der Leistungserbringer in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Die Krankenkasse ist dann berechtigt,

die Versorgung des Versicherten durch einen anderen beigetretenen Leistungserbringer sicherzustellen. In diesem Fall hat der nicht rechtzeitig liefernde Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Ersatzversorgung nach den Verzugsvorschriften des Bürgerlichen Rechts zu tragen. Dieser Betrag ist sofort fällig. § 288 BGB findet Anwendung. Die Krankenkasse behält sich die Aufrechnung vor.

(3) Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt unberührt.

(4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, zur Absicherung des Haftungsrisikos nach den vorstehenden Absätzen eine Betriebshaftpflichtversicherung für jeden möglichen Versicherungsfall in Höhe von mind. 2.000.000 EUR für Personen- und Sachschäden sowie 100.000 EUR für Vermögensschäden abzuschließen und für die Dauer der Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag vorzuhalten.

(5) Für den Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, den Kostenträgern gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies den Kostenträgern unverzüglich anzuzeigen.

§ 15 Werbung / Depotverbot

(1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen. Werbemaßnahmen bezüglich der Abgabe von Hilfsmitteln sind auf sachliche Informationen zu beschränken. Eine gezielte Beeinflussung des Versicherten hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel ist unzulässig.

(2) Der Leistungserbringer darf Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen heraus in ihrer Verordnungsweise beeinflussen. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und den Vertragsärzten mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig. Ebenfalls unzulässig ist eine Beeinflussung von oder eine Zusammenarbeit mit Vertragsärzten in solcher Weise, dass die Wahlfreiheit des Versicherten durch Weitergabe der vertragsärztlichen Verordnung vom Arzt an den Leistungserbringer beeinträchtigt oder ausgeschlossen wird.

(3) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Vertragsärzte, stationäre Einrichtungen oder sonstige Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer ist im Zusammenhang mit der Leistungserbringung unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen und anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer. Die Regelungen des Kodex „Medizinprodukte“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e. V. vom 12.07.1995 in seiner jeweils

geltenden Fassung sind zu beachten.

(4) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen sowie ärztlichen Verordnungen aus Krankenhäusern durch den Leistungserbringer gegen Entgelt oder deren Weitergabe an Dritte gegen Entgelt, gegen Kostenerstattung oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Das Gleiche gilt für die Zuweisung von Versicherten gegen Zahlung von Vergütungen oder Provisionen.

(5) Die Grundsätze von § 128 Abs. 1 SGB V sind zu beachten.

§ 16 Vertragsverstöße

(1) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so können die jeweiligen Kostenträger den Leistungserbringer, nach Gewährung rechtlichen Gehörs, schriftlich verwarnen oder – bei schwerwiegenden bzw. wiederholten Vertragsverstößen – die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe an eine **gemeinnützige regionale Institution (Problem der Willkür)** bis zu 10.000,00 € je Fall festsetzen.

(2) Bei schwerwiegenden und/oder wiederholten Vertragsverstößen gegen diesen Vertrag kann jeder Kostenträger den Vertrag einzelnen Leistungserbringern gegenüber kündigen oder diese bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Als schwerwiegende Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:

- a) Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
- b) Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
- c) Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen.
- d) Qualitätsmängel der Hilfsmittel, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können und durch den Leistungserbringer verschuldet sind.
- e) Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.

- f) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen; ausgenommen sind Notfallversorgungen.
- g) Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden.

(3) Der Leistungserbringer hat den beteiligten Krankenkassen, unabhängig von der Maßnahme nach Abs. 1, den Schaden zu ersetzen, der durch die schuldhafte Vertragsverletzung entstanden ist. Die Vertragsmaßnahmen können auch nebeneinander verhängt werden.

(4) Die Einleitung möglicher strafrechtlicher Schritte bleibt hiervon unberührt.

§ 17 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt zum 01.04.2013 in Kraft und gilt für alle ab dem 01.04.2013 ausgestellten Verordnungen.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmalig zum 31.12.2015, von den Vertragspartnern schriftlich gekündigt werden. Der Leistungserbringer kann den Vertrag grundsätzlich nur gegenüber dem Kostenträger kündigen. Der Vertrag kann darüber hinaus von der einzelnen Krankenkasse fristgemäß gegenüber dem BremerAV bzw. dem beigetretenen Leistungserbringer gekündigt werden.

(3) Einzelne Produktgruppen der Anlage 1 sowie die Genehmigungsfreigrenze dieses Vertrages sind mit einer Frist von 30 Tagen von der einzelnen Krankenkasse/ dem jeweiligen Kostenträger bzw. dem BremerAV fristgemäß gegenüber dem jeweiligen Kostenträger bzw. dem BremerAV oder dem beigetretenen Leistungserbringer kündbar. Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief zu erfolgen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung der Anlage 1 zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

(4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt, siehe hierzu auch § 16 Abs. 2.

(5) Beim Inkrafttreten neuer gesetzlicher Vorschriften, die Teile dieses Vertrages oder den gesamten Vertrag berühren, sind die Vertragspartner bereit, unverzüglich über die Anpassung dieses Vertrages zu verhandeln.

(6) Der Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung gemäß § 71 Abs. 4 Satz 1 SGB V. Der Vertrag gilt vorbehaltlich einer datenschutzrechtlichen Beanstandung.

§ 18

Schlussbestimmungen

(1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der schriftlichen Vereinbarung. Dies gilt auch für den Verzicht auf das Schriftformerfordernis.

(2) Dieser Vertrag – einschließlich der beigefügten Anlagen – beinhaltet sämtliche Vereinbarungen der Vertragspartner im Hinblick auf den Vertragsgegenstand. Dieser Vertrag ersetzt und hebt mit Vertragsbeginn alle etwaigen früheren mündlichen und schriftlichen Vereinbarungen der Vertragspartner im Hinblick auf den Vertragsgegenstand auf. Mündliche Nebenabreden zu diesem Vertrag bestehen nicht.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Für den Fall der Rechtsunwirksamkeit verpflichten sich die Vertragspartner, eine rechtlich zulässige neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

.....

.....
