

## VERTRAG

über die Versorgung der Versicherten  
mit orthopädischen Hilfsmitteln  
nach § 127 SGB V

zwischen

dem Landesinnungsverband für Orthopädie-Schuhtechnik Niedersachsen und Bremen, Große Pfahlstraße 17, 30161 Hannover (nachfolgend "Landesinnungsverband" genannt) als Vertragspartner einerseits

und

der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen\*,  
Kolumbusstr. 2, 30519 Hannover  
dem BKK - Landesverband Niedersachsen - Bremen,  
Hamburger Allee 61, 30161 Hannover  
dem IKK-Landesverband Niedersachsen,  
Anderter Str. 49, 30629 Hannover  
der Hannoverschen landwirtschaftlichen Krankenkasse\*, Im  
Haspelfelde 24, 30173 Hannover  
der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,  
Siemensstr. 7, 30173 Hannover

(nachfolgend "Landesverbände" genannt) als Vertragspartner andererseits

\* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

## Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand	Seite 3
§ 2	Geltungsbereich	Seite 3
§ 3	Grundsätze der Leistungserbringung	Seite 3
§ 4	Form und Abgabe der Leistung	Seite 3
§ 5	Beratung, Beeinflussung, Werbung	Seite 6
§ 6	Datenschutz	Seite 6
§ 7	Vergütungen	Seite 6
§ 8	Abrechnungsverfahren	Seite 7
§ 9	Zweifelsfragen, Meinungsverschiedenheiten, Überprüfung, Betriebsbegehung	Seite 8
§ 10	Vertragsausschuss	Seite 8
§ 11	Obergangsvorschrift	Seite 9
§ 12	Inkrafttreten und Kündigung	Seite 9

Anlage 1:	Anerkennungserklärung nach § 126 Abs. 1 SGB V
Anlage 2:	Vergütungsvereinbarung
Anlage 3:	Erklärung und Vereinbarung gemäß § 4 Abs. 6 des Vertrages
Anlage 4:	Datenträgeraustausch

## **§ 1 Gegenstand**

Gegenstand des Vertrages sind die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln entsprechend dem Berufsbild des Orthopädie-Schuhmacher-Handwerks, die Vergütung und deren Abrechnung.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Der Vertrag gilt für die Mitgliedskassen der Landesverbände und die Leistungserbringer, die Mitglied im Landesinnungsverband sind und denen eine Zulassung gemäß der Vereinbarung über die Lieferung orthopädischer Hilfsmittel vom 01.04.1976 bzw. eine Zulassung nach § 126 SGB V erteilt worden ist. Nach diesem Vertrag werden Leistungen auch gegenüber Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen außerhalb Niedersachsens erbracht und abgerechnet.

Nicht-Innungsmitglieder können dem Vertrag beitreten.

## **§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung**

Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag setzt eine Zulassung im Sinne § 2, 2. und 3. Halbsatz und die Anerkennung dieses Vertrages als für die Versorgung der Versicherten geltende Vereinbarung gemäß Anlage 1 voraus.

## **§ 4 Form und Abgabe der Leistungen**

- (1) Orthopädische Hilfsmittel dürfen nur aufgrund eines vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnungsblattes unter Beachtung der §§ 33, 34, 36 SGB V, der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7a SGB V und des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V abgegeben werden. Wenn das Hilfsmittel von der Krankenkasse leihweise dem Versicherten überlassen werden kann, hat der Leistungserbringer vor Abgabe bei der Krankenkasse nachzufragen, ob sie nach § 33 Abs. 5 SGB V verfahren will. Der Empfang des orthopädischen Hilfsmittels ist vom Versicherten auf der Verordnung zu bestätigen; die Bestätigung ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen. Bestätigungen im voraus sind unzulässig.
- (2) Eine Versorgung kann nur aufgrund eines ärztlichen Verordnungsblattes vorgenommen werden, das innerhalb eines Monats nach dem Tage der Ausstellung dem Leistungserbringer zur Ausführung vorgelegt worden ist. Bei den Angaben des Arztes hinsichtlich der Befreiung von der Zuzahlung genießen die Leistungserbringer Vertrauensschutz.
- (3) Eigenanteile sind vom Leistungserbringer einzuziehen.

- (4) Ärztliche Verordnungen dürfen nicht in Annahmestellen, sondern nur am Sitz des zugelassenen Betriebes entgegengenommen und ausgeführt werden. Dies gilt auch für die Annahme der Verordnungen in Arztpraxen. Ausnahmen sind Versorgungsgespräche in den Arztpraxen, Krankenhäusern und Hausbesuche. Dem Leistungserbringer ist untersagt, Rezeptannahmestellen in Arztpraxen zu betreiben. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der Zustimmung des Vertragsarztes.
- (5) Vor der Ausführung des Auftrages hat der Leistungserbringer der Krankenkasse einen Kostenvoranschlag sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen. Nach Vorlage der Verordnung und des genehmigten Kostenvorschlags hat der Leistungserbringer den Auftrag unverzüglich auszuführen. Die Einholung der vorherigen Zustimmung ist nicht erforderlich, soweit der vereinbarte Höchstpreis 310,00 DM je Hilfsmittelverordnung nicht übersteigt. Sofern die Krankenkasse nicht auf die Genehmigung verzichtet, teilt sie dies dem einzelnen Leistungserbringer oder dem Landesinnungsverband mit, der seine Mitglieder unverzüglich unterrichtet.
- (6) Abweichend vom Verordnungsblatt darf der Leistungserbringer im Zusammenhang mit dem von der Krankenkasse zu liefernden orthopädischen Hilfsmittel mit den Versicherten kein anderes Rechtsgeschäft tätigen; es sei denn, der Versicherte fordert ohne Beeinflussung durch den Leistungserbringer eine das Maß des medizinisch Notwendigen und Zweckmäßigen überschreitende Ausführung des vom Vertragsarzt verordneten Hilfsmittels. In diesen Fällen sorgt der Leistungserbringer dafür, dass der Versicherte beim Empfang des Hilfsmittels eine Erklärung und Vereinbarung nach dem als Anlage 3 beigefügten Muster unterschreibt. Die Erklärung und Vereinbarung ist an die ärztliche Verordnung zu heften und mit der Rechnung bei der Krankenkasse einzureichen. Der Leistungserbringer unterrichtet den Versicherten, dass dieser die entstehenden Mehrkosten für das Hilfsmittel selbst zu tragen hat.
- (7) Die orthopädischen Hilfsmittel haben in Qualität und Beschaffenheit den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 128 SGB V zu entsprechen und sind in der eigenen Betriebsstätte zu fertigen und zu erbringen. Das Medizinproduktegesetz ist zu beachten. Die Verarbeitung von Rohlingen ist zulässig, soweit in den Ausführungsbestimmungen nichts anderes geregelt ist. Die Leistungen müssen dem aktuellen Stand der technischen Entwicklung entsprechen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, regelmäßig einmal im Jahr an Fortbildungsveranstaltungen des Landesinnungsverbandes teilzunehmen.
- (8) Für eine materialtechnisch einwandfreie Ausführung orthopädischer Hilfsmittel, gerechnet vom Tag der Abnahme der Leistung, übernimmt der Leistungserbringer sechs Monate die Gewährleistung. Mängel, die sich während dieser Zeit ergeben, sind durch Instandsetzung, Änderung oder Neuanfertigung kostenlos zu beseitigen. Ausgenommen sind Mängel, die durch nachweisbar unsachgemäße Behandlung des Hilfsmittels oder infolge körperlicher Veränderungen des Versicherten entstehen. Der Leistungserbringer hat die Krankenkasse unverzüglich von den Mängeln und ihrer Beseitigung zu unterrichten. Im Zweifelsfall holt der Landesinnungsverband nach Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse ein Gutachten von dem von der Handwerkskammer bestellten Sachverständigen für das Orthopädie-Schuhmacherhandwerk ein. Die Berechtigung der Krankenkasse, die Leistung durch geeignet erscheinende Stellen (z. B. Medizinischer Dienst,

Prüf- und Beschaffungsamt des Landesversorgungsamtes Niedersachsen) nachprüfen zu lassen, bleibt unberührt.

- (9) Zu den orthopädischen Hilfsmitteln im Rahmen dieses Vertrages gehören alle Leistungen, zu deren Ausführung der Leistungserbringer nach den Bestimmungen des Berufsbildes für das Orthopädie-Schuhmacherhandwerk befugt ist, sofern die Krankenkasse zu deren Kostenübernahme verpflichtet ist. Zu den Leistungen gehören auch notwendige Änderungen und Instandsetzungen von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

#### **§ 5 Beratung, Beeinflussung, Werbung**

- (1) Der Leistungserbringer hat den Versicherten und/oder den verordnenden Vertragsarzt zu beraten, soweit dieses notwendig ist.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten nicht zu beeinflussen, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu verlangen und den Vertragsarzt nicht in seiner Ordnungsweise zu beeinflussen.
- (3) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkasse beziehen.

#### **§ 6 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Datenschutz gemäß §§ 27 ff Bundesdatenschutzgesetz zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

#### **§ 7 Vergütungen**

- (1) Die Vergütungen für die abgegebenen orthopädischen Hilfsmittel werden in einer Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) festgelegt. Die dort genannten Vergütungen sind Höchstpreise, mit denen sämtliche Kosten abgegolten sind. Sie werden auch von gesetzlichen Krankenkassen außerhalb Niedersachsens in Anspruch genommen.
- (2) Eine geänderte Vergütungsvereinbarung gilt für alle orthopädischen Hilfsmittel, die vom Tage des Inkrafttretens an abgegeben werden.

- (3) Es dürfen nur tatsächlich erbrachte Leistungen und Lieferungen berechnet werden.

### **§ 8 Abrechnungsverfahren**

- (1) Abrechnungen erfolgen unter Angabe des Institutionskennzeichens regelmäßig monatlich. Sie sollen bis zum 15. des auf den abzurechnenden Zeitraum folgenden Monats bei der jeweiligen Krankenkasse eingereicht werden. Den Abrechnungen sind die ärztlichen Verordnungsblätter, die genehmigten Kostenvoranschläge sowie ggf. die Erklärungen des Versicherten (§ 4 Abs. 6) beizufügen. Die Kostenvoranschläge sind mit Firmenstempel, Unterschrift und Lieferberechtigungsstempel des Leistungserbringers zu versehen. Zahlungen werden nur an zugelassenen Leistungserbringern vorgenommen.
- (2) Auf den Rechnungsunterlagen sind die Leistungen des Leistungserbringers mit der jeweiligen Positionsnummer der Vergütungsvereinbarung zu versehen. Neben der Positionsnummer ist für jede Leistung die Vergütung nach der Vergütungsvereinbarung anzugeben. Die Abrechnungen sind aufzugliedern nach
1. Versicherten
  2. Familienangehörigen
  3. Rentnern und deren Familienangehörigen
- (3) Nach der Summierung sind die ggf. gemäß § 4 Abs. 3 eingezogenen Zuzahlungen je Versichertenart abzusetzen. Für die nach dem Bundesversorgungsgesetz und gegen die Seekrankenkasse Anspruchsberechtigten sowie die von den Krankenkassen betreuten Sozialhilfeempfänger sind Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung unter Beifügung der Unterlagen entsprechend Absatz 1 einzureichen.
- (4) Erfolgt die Abrechnung durch eine zentrale Abrechnungsstelle, so zahlt die Krankenkasse an die Abrechnungsstelle mit befreiender Wirkung. Dies gilt solange, bis ein Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der Krankenkasse eingegangen ist. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse an Dritte ist nur mit der Zustimmung der Kostenträger zulässig. Die Abrechnungsstelle gilt als Erfüllungsgehilfe ( § 278 BGB) des Leistungserbringers
- (5) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Beanstandungen sind innerhalb von zwei Jahren nach Rechnungserstellung geltend zu machen.
- (6) Die Vertragspartner beachten die Abrechnungsrichtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V. Das Weitere wird in Anlage 4 geregelt.
- (7) Zahlungsziel für Rechnungen des Lieferers sind 14 Kalendertage nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse oder von ihr benannten Abrechnungsstelle.

## **§ 9 Klärung von Zweifelsfrage Meinungsverschiedenheiten, Überprüfung, Betriebsbegehung**

Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten sind nach Möglichkeit zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer einvernehmlich zu bereinigen. Wird eine Einigung nicht erzielt, sind der jeweilige Landesverband und der Landesinnungsverband einzuschalten.

- (2) Neben den Krankenkassen hat auch der Landesinnungsverband das Recht, den Leistungserbringer auf vertragsgemäßes Verhalten zu überprüfen.
- (3) Eine Betriebsbegehung durch die Vertreter der Krankenkassen und / oder des Landesinnungsverbandes darf nur im Beisein des Leistungserbringers durchgeführt werden.

## **§ 10 Vertragsausschuss**

- (1) Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten, zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird ein Vertragsausschuss gebildet und bei Bedarf einberufen.
- (2) Der Vertragsausschuss besteht aus je vier Vertretern der Vertragsparteien. Der Vertragsausschuss, der nur bei Anwesenheit von mindestens zwei Mitgliedern jeder Vertragspartei beschlussfähig ist, fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. An der Abstimmung darf sich je Vertragspartei immer nur die gleiche Anzahl von Vertretern beteiligen.
- (3) Der Vertragsausschuss tritt auf Antrag eines Leistungserbringers oder eines der Partner des Vertrages zusammen. Bei dem Antrag ist der Beratungsgegenstand den übrigen Vertragspartnern mitzuteilen und zu begründen.
- (4) Die Geschäfte des Vertragsausschusses führt die Vertragspartei, von deren Seite der Antrag gestellt wird. Über die Verfahrenskosten entscheidet der Vertragsausschuss.
- (5) Der Vertragsausschuss ist unverzüglich nach der Antragstellung einzuberufen. Er tritt innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung zusammen. Ort und Zeitpunkt werden zwischen den Mitgliedern des Ausschusses abgesprochen.
- (6) Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie muss die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die gefassten Beschlüsse enthalten. Sie ist von allen an der Beschlussfassung mitwirkenden Ausschussmitgliedern zu
- (7) unterzeichnen. Die Niederschrift ist den Ausschussmitgliedern unverzüglich zu übersenden. Beschlüsse des Ausschusses sind den an dem Verfahren Beteiligten durch Einschreiben mit Rückschein zu übersenden.

### **§ 11 Übergangsvorschrift**

- (1) Alle bei Inkrafttreten dieses Vertrages Zugelassenen und die bereits lieferberechtigten Leistungserbringer gelten nur dann als zugelassen, wenn sie die Anerkennungserklärung ( Anlage 1) zu diesem Vertrag unterzeichnet haben.

### **§ 12 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.06.2001 in Kraft. Gleichzeitig wird die Vereinbarung über die Lieferung orthopädischer Hilfsmittel vom 01.04.1976 unwirksam.
- (2) Der Vertrag kann mit Ausnahme der Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) von den Vertragspartnern mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, erstmalig zum 31.12.2002 gekündigt werden.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Der jeweils früheste Kündigungstermin wird in der Vergütungsvereinbarung festgelegt. Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung, längstens jedoch für 6 Monate, gelten die bestehenden Preise unverändert weiter.
- (4) Die Kündigung (Abs. 2 oder 3) muss gegenüber allen Vertragspartnern durch eingeschriebenen Brief erfolgen. Die Kündigung eines Landesverbandes wirkt nur auf seine Beteiligung und die Beteiligung seiner Mitgliedskassen.
- (5) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Regelung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Anlage 1 - 3

Hannover, den .....  
AOK - Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen

Bundesknappschaft,  
Verwaltungsstelle Hannover

BKK-Landesverband  
Niedersachsen- Bremen

Hannoversche landwirtschaftliche  
Krankenkasse

IKK-Landesverband  
Niedersachsen

Landesinnungsverband für  
Orthopädie-Schuhtechnik  
Niedersachsen und Bremen

**Anlage 1** zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln  
nach § 127 SGB V vom 01.06.2001

## **Anerkenniserklärung nach § 126 Abs. 1 SGB V**

Ich erkenne den Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln nach § 127 SGB V einschließlich seiner Anlagen vom 01.06.2001 in der jeweils geltenden Fassung an und verpflichte mich, ihn bei der Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln einzuhalten.

Unterschrift des Betriebsinhabers;  
bei Personengesellschaften und  
juristischen Personen der Vertretungs  
berechtigten

Unterschrift des verantwortlichen  
Betriebsleiters

Bei Filialbetrieben zusätzlich  
Unterschrift des Orthopädie  
Schuhmacher-Meisters

Firmenanschrift

Ort und Datum

Firmenstempel

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln  
nach § 127 SGB V vom 01.06.2001

## Vergütungsvereinbarung

Es gilt die nachfolgende Preisliste für orthopädisches Maßschuhwerk in der jeweils gültigen Fassung.

**Anlage 3** zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln  
nach § 127 SGB V vom 01.06.2001

## Erklärung und Vereinbarung gern. § 4 Abs. 6 des Vertrages

Hiermit bestätige ich, dass ich aus freien Stücken und ohne jede Beeinflussung durch den Orthopädie-Schuhmacher eine besondere Ausführung des ärztlich verordneten orthopädischen Hilfsmittels gefordert habe, obwohl ich mich überzeugen konnte, dass die vertragliche Leistung der Krankenkasse der ärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt. Mir ist bekannt, dass ich die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen und an den unterzeichnenden Leistungserbringer zu zahlen habe.

Geliefert wurde:

zum Preis von  
DM

Preis des ärztlich verordneten Hilfsmittels:  
DM

von mir zu tragende Mehrkosten:

DM

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des  
Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Empfängers

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

**Anlage 4 zum Vertrag** über die Versorgung der Versicherten mit orthopädischen Hilfsmitteln nach § 127 SGB V vom 01.06.2001

**Abrechnung gemäß § 302 SGB V**

Die Vertragspartner legen in Ergänzung zu § 8 Abs. 6 des Vertrages fest:

1. Nach § 302 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, maschinell lesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern, die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis in der Abrechnung zu bezeichnen und den Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 anzugeben.
2. Die Richtlinien gemäß § 302 Abs. 2 SGB V finden in der jeweiligen Fassung Anwendung.
3. Die Landesverbände teilen der Innung rechtzeitig den Beginn des Echtverfahrens mit. Bis zum Beginn des Echtverfahrens gilt das bisher vertraglich vereinbarte Abrechnungsverfahren.
4. Während der Erprobung entsprechend § 9 Abs. 3 der Richtlinien erfolgt eine parallele Abrechnung sowohl auf maschinell verwertbaren Datenträgern / DFO als auch zur Sicherstellung der Zahlung auf dem herkömmlichen Papierweg. Während der Erprobungsphase ist die "EDV-Abrechnung" mit dem Testkennzeichen zu versehen.
5. Übergangsweise werden nach Beginn des Echtverfahrens die maschinenlesbaren Abrechnungsfomulare gemäß Anlage 2 der nach § 302 SGB V geltenden Richtlinien akzeptiert.