

# **Vertrag**

## **über die Versorgung der Versicherten mit Augenprothesen gemäß § 127 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**

zwischen der

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

AOK Bremen/Bremerhaven

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

vertreten durch den

AOK-Bundesverband GbR

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

- nachfolgend AOK genannt -

und

XXX

XXX

XXX

- nachfolgend Verband genannt -

Abrechnungscode (AC): 19; Tarifkennzeichen (TK): 00 036

## Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand.....	3
§ 2	Geltungsbereich .....	3
§ 3	Versorgungsberechtigung.....	3
§ 4	Anspruchsberechtigung .....	4
§ 5	Grundsätze der Leistungserbringung.....	4
§ 6	Art und Umfang der Versorgungsleistung .....	5
§ 7	Qualität.....	7
§ 8	Einsatz von Unterauftragnehmern .....	7
§ 9	Datenschutz .....	7
§ 10	Gewährleistung, Haftung .....	8
§ 11	Unzulässiges Verhalten .....	8
§ 12	Leistungsstörungen, Vertragsverstöße .....	9
§ 13	Vertragsstrafe .....	10
§ 14	Vergütung.....	11
§ 15	Abrechnung .....	11
§ 16	Beanstandungen und Verjährung .....	13
§ 17	Inkrafttreten und Kündigung .....	14
§ 18	Schlussbestimmungen.....	15
§ 19	Salvatorische Klausel .....	15
Anlage 1	- Leistungsbeschreibung .....	16
Anlage 2	- Empfangsbestätigung .....	18
Anlage 3	- Dokumentation der Beratung/Eigenerklärung des Versicherten zu Mehrkosten.....	19
Anlage 4	- Vergütung .....	20
Anlage 5	- Beitritts- und Anerkenntniserklärung .....	22

## **§ 1 Gegenstand**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten oder Betreuten gemäß § 264 SGB V der AOK (nachfolgend Versicherte genannt) mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 36 des Hilfsmittelverzeichnisses (Augenprothesen; Kunstaugen aus Glas - 36.21.01, Kunstaugen aus Kunststoff - 36.21.02) gemäß § 33 SGB V. Dies schließt alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen (z. B. Service- und Dienstleistungen) ein.
- (2) Die Anlagen 1 bis 5 sind Bestandteil des Vertrages.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt:

- (1) Für die AOK.
- (2) Für den Verband/die Leistungserbringerorganisation.
- (3) Für Leistungserbringer, die als Mitglieder von Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern bzw. vergleichbaren Organisationsformen diesem Vertrag beigetreten sind (Anlage 5).
- (4) Für Leistungserbringer, die nicht Mitglieder von Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern bzw. vergleichbaren Organisationsformen sind und diesem Vertrag gemäß § 127 Absatz 2 SGB V beigetreten sind (Anlage 5).

## **§ 3 Versorgungsberechtigung**

- (1) Der Leistungserbringer muss die sachlichen, fachlichen und räumlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Absatz 1 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie die definierten Voraussetzungen dieses Vertrages erfüllen. Er erfüllt die Voraussetzungen gemäß § 126 Absatz 1a SGB V, wenn ihm eine geeignete Präqualifizierungsstelle ein Präqualifizierungszertifikat erteilt hat. Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der Voraussetzung spätestens mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 der AOK nachzuweisen. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt nach § 127 Absatz 2 SGB V beitragsberechtigter Leistungserbringer keine rechtliche Wirkung.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen über den gesamten Versorgungszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung beim Leistungserbringer nachträglich nicht mehr erfüllt werden können, sind die AOK sowie die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich darüber zu informieren. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise prüffähig darzulegen. § 126 Absatz 1a SGB V findet Anwendung. Die Verpflichtung zur Mitteilung entfällt, sobald entsprechende Informationen des GKV-Spitzenverbandes auf elektronischem Weg für die AOK nutzbar sind.
- (3) Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. die Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK.

#### **§ 4 Anspruchsberechtigung**

Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 1 dieses Vertrages medizinisch indiziert und ärztlich verordnet ist.

#### **§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften, Richtlinien und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 2, 12 und 70 SGB V zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer garantiert die aufzahlungsfreie Versorgung und Beratung der Versicherten mit funktionsgerechten, technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmitteln. Er gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten. Die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses gelten in der jeweils aktuellen Fassung.
- (3) Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten der AOK nach den gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, eine Versorgung nach diesem Vertrag, insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen, abzulehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die AOK diesbezüglich zu informieren.
- (4) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel nach diesem Vertrag für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Der Leistungserbringer hat die Beratung grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen (Anlage 3). Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden. Auf Verlangen der AOK ist die Dokumentation gemäß Anlage 3 unverzüglich vorzulegen.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere die aktuellen medizinproduktrechtlichen Bestimmungen und Vorschriften zu beachten.
- (6) Die AOK hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben. Diese umfassen die Einweisung und Instandhaltung.
- (7) Die zur Versorgung erforderlichen Hilfsmittel, Ersatzteile, Zubehör, Verbrauchsmaterial und sonstigen Arbeitsmittel hält der Leistungserbringer in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor.
- (8) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass das qualifizierte Personal für die Beratung sowie Einweisung der Versicherten in die sachgerechte Anwendung der Hilfsmittel fachlich geschult und zur Abgabe entsprechender Hilfsmittel durch den Hersteller berechtigt ist. Dies erfolgt insbesondere durch die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel. Das Personal muss darüber hinaus über

Erfahrungen in der Versorgung von Versicherten mit Augenprothesen sowie über medizinisches Verständnis und hygienische Kenntnisse in der Hilfsmittelnutzung verfügen. Der Leistungserbringer hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der personellen Voraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise (z. B. Kopie Qualifikationsnachweis) prüffähig darzulegen.

## **§ 6 Art und Umfang der Versorgungsleistung**

- (1) Voraussetzung für die Abgabe der in § 1 dieses Vertrages bezeichneten Hilfsmittel ist die Vorlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16) bzw. ärztlichen Verordnung (z. B. Verordnung aus dem Krankenhaus) – nachfolgend Verordnung genannt. Der Leistungserbringer ist für das Beibringen der Verordnung im Original zuständig. Eine Folgeversorgung ist frühestens ein Jahr nach der Definitivversorgung und/oder bei medizinischer Notwendigkeit möglich. Anderweitige Absprachen zur Verordnungspflicht bei Folgeversorgungen sind zwischen den Vertragsparteien möglich.
- (2) Die ordnungsgemäße Verordnung muss insbesondere folgende Informationen enthalten:
  - a) Bezeichnung der AOK,
  - b) Kassenummer,
  - c) Diagnose,
  - d) Allgemeine Hilfsmittelbezeichnung oder Produktart bzw. 7-stellige Hilfsmittelnummer (sofern Angaben nicht ausreichend sind, ist eine Rücksprache des Leistungserbringers mit dem verordnenden Arzt zwingend erforderlich; § 7 Absatz 2 des Vertrages gilt entsprechend),
  - e) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
  - f) Versichertennummer des Versicherten,
  - g) Vertragsarzt Nummer oder lebenslange Arzt Nummer und Betriebsstättennummer des verordnenden Arztes oder bei Krankenhausverordnungen das Institutionskennzeichen (IK) des Krankenhauses,
  - h) Ausstellungsdatum,
  - i) Status des Versicherten (soweit zutreffend),
  - j) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 7 des Ordnungsblattes (soweit zutreffend),
  - k) Kennzeichnung für Unfall (soweit zutreffend),
  - l) Kennzeichnung für Arbeitsunfall (soweit zutreffend),
  - m) Menge (soweit zutreffend),
  - n) Unterschrift des verordnenden Arztes,
  - o) Name, Berufsbezeichnung, Anschrift, Telefonnummer des verordnenden Arztes.
- (3) Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen. Eine andere Frist kann auch dann vorliegen, wenn wegen der Terminierung der Sprechtage eine fristgerechte Annahme der Verordnung nicht möglich ist.
- (4) Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten ärztlichen Verordnung dürfen nur durch den Verordner vorgenommen werden. Die Hilfsmittel-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.
- (5) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf der vorherigen Zustimmung durch die AOK. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Genehmigung und Vergütung besteht nicht. Abweichend von Satz 1 ist die vorherige Zustimmung nicht erforderlich, soweit dies in der Anlage 4 vermerkt ist. Die AOK ist jederzeit berechtigt, einseitig auf eine vorherige Zustimmung

mung ganz oder teilweise zu verzichten sowie für zustimmungsfreie Leistungen die zukünftige Zustimmungspflicht zu erklären, nachdem sie den Vertragspartner darüber informiert hat. Der Verzicht bzw. die Erklärung der Zustimmungspflicht kann ganz oder teilweise schriftlich mit einer Frist von einem Kalendermonat widerrufen werden.

(6) Der Leistungserbringer hat der AOK die beabsichtigte Übernahme der Versorgung unverzüglich nach Erhalt der Verordnung anzuzeigen (Kostenvoranschlag, sofern dieser gemäß Anlage 4 notwendig ist). Die Übermittlung der erforderlichen Daten und Unterlagen erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege. Im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Systeme (z. B. elektronischer Kostenvoranschlag, elektronische Abrechnung inklusive Beleganlieferung als signiertes Image, elektronische Hilfsmittelverordnung) können zwischen dem Verband/Leistungserbringer und der AOK anderweitige Absprachen getroffen werden.

(7) Der Kostenvoranschlag muss folgende Mindestangaben enthalten:

- Name, Anschrift und IK des Leistungserbringers,
- Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer),
- Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer bzw. kassenspezifische Gebührenpositionsnummer gemäß Anlage 4),
- Hilfsmittelbezeichnung,
- Hilfsmittelkennzeichen (Verwendungskennzeichen; gemäß Anlage 4),
- Abrechnungscode/Tarifkennzeichen,
- Vertragspreis in Euro (ohne Umsatzsteuer),
- Kalkulationsschema (bei Kostenvoranschlagspositionen erforderlich; Angabe z. B. Einzelpreis des Produktes und kurze Erläuterung),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten (soweit zutreffend).

Die Verordnung ist dem Kostenvoranschlag beizufügen (soweit zutreffend). Dabei achtet der Leistungserbringer darauf, dass sämtliche Angaben enthalten sind.

(8) Sofern keine Vertragspreise vereinbart wurden, ist die AOK berechtigt, Gegenkostenvoranschläge für die individuelle Versorgung des Versicherten von anderen Leistungserbringern einzuholen.

(9) Zeigt die AOK dem Leistungserbringer fehlerhaft oder unvollständig eingereichte Unterlagen (z. B. Verordnungen, Kostenvoranschläge, Vertragsanlagen) an, hat der Leistungserbringer die Möglichkeit, diese in der von der AOK genannten Frist korrekt und vollständig nachzureichen.

(10) Der Leistungserbringer erhält im Fall der Zustimmung bzw. der Ablehnung den Kostenvoranschlag unverzüglich mit dem Zustimmungs-/Ablehnungsvermerk der AOK zurück.

(11) Die Auswahl des zu liefernden Hilfsmittels (mit 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer) berücksichtigt mindestens die Indikation/Diagnose gemäß der Verordnung, die anatomischen Gegebenheiten des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen und soweit erforderlich das soziale Umfeld. Die Hilfsmittel-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung sowie die medizinischen und technischen Anforderungen an die Qualität und die Ausführung des Hilfsmittels zur jeweiligen Produktart gemäß der aktuellen Fassung des Hilfsmittelverzeichnisses sind zu beachten.

(12) Im Übrigen gelten die Vorgaben der Leistungsbeschreibung (Anlage 1).

## **§ 7 Qualität**

- (1) Die qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung regelt insbesondere die Leistungsbeschreibung (Anlage 1).
- (2) Die AOK ist jederzeit berechtigt, die Verordnung, die vertragsgemäße Ausführung der Versorgung einschließlich die Qualität der Leistungserbringung in geeigneter Weise zu überprüfen. Hierzu zählen insbesondere Begutachtungen durch den MDK gemäß § 275 SGB V, Befragungen der Versicherten und/oder Besichtigungen der Betriebsstätte(n) des Leistungserbringers. Der Leistungserbringer gestattet der AOK innerhalb der Betriebszeiten, nach vorheriger Terminabsprache, den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und die Einsichtnahme in die Dokumente der erbrachten Leistungen.
- (3) Die AOK ist nach § 127 Absatz 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringer obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen.
- (4) Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führt die AOK Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK auf Verlangen für die Prüfungen nach Satz 1 die erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Anspruchsberechtigten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung im Sinne des § 127 Absatz 5 SGB V vorzulegen.
- (5) Für Prüfungen nach den Absätzen 3 und 4 sind die Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Absatz 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

## **§ 8 Einsatz von Unterauftragnehmern**

- (1) Der Leistungserbringer ist berechtigt, Unterauftragnehmer für unwesentliche Teilleistungen im Rahmen der Leistungserbringung einzusetzen. Diese sind Erfüllungsgehilfen gemäß § 278 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).
- (2) Unwesentliche Teilleistungen sind die Übertragung von Post- und Versandleistungen. Die Zustimmung der AOK ist nicht erforderlich.
- (3) Der Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen auch von seinen Unterauftragnehmern eingehalten werden. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern haftet der Leistungserbringer für die ordnungsgemäße Gesamtabwicklung der Versorgung.

## **§ 9 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer gewährleistet für die direkt von ihm von den und über die Versicherten der AOK erhobenen Daten bei deren Verarbeitung und Nutzung die Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Sozialgesetzbuches (SGB), der Landesdatenschutzgesetze (LDSG) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in eigener Verantwortung. Dies gilt auch gegenüber einer von ihm beauftragten Abrechnungsstelle.
- (2) Der Leistungserbringer wird für die von den Sozialleistungsträgern/der AOK an ihn übermittelten personenbezogenen und Sozialdaten von Versicherten der AOK auf seine Pflichten nach § 78 Absatz 1 Sätze 1 und 2 sowie Absatz 2 Sozialgesetzbuch, Zehntes

Buch (SGB X) hingewiesen. Er darf die Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die von ihm Beschäftigten (einschließlich Unterauftragnehmer) in den Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten (Gesundheitsdaten) eingewiesen und zur Verschwiegenheit, auch über das Vertragsende hinaus, verpflichtet worden sind.
- (4) Für den elektronischen Datenaustausch (Kostenvoranschlag, Rechnungslegung) zwischen den Partnern dieses Vertrages nutzt der Leistungserbringer ausschließlich die von der AOK angebotenen oder andere nach dem Stand der Technik gesicherten Übertragungswege.
- (5) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die von der AOK übermittelten personenbezogenen Daten und Sozialdaten nach Auftragserfüllung bzw. Abrechnung unter Beachtung der für ihn geltenden gesetzlichen Aufbewahrungsfristen datenschutzkonform nicht reproduzierbar vernichtet oder gelöscht werden.
- (6) Der Leistungserbringer gewährleistet die Vertraulichkeit zu den im Zusammenhang mit dem Vertragsschluss und der Vertragsdurchführung bekanntgewordenen Interna des Vertragspartners.
- (7) Der Leistungserbringer wird darauf hingewiesen, dass datenschutzrechtliche Verstöße Maßnahmen im Sinne von §§ 12, 13 dieses Vertrages bzw. Rechtsfolgen und Schadenersatzansprüche nach den genannten Gesetzen/Regelungen nach sich ziehen können.

## **§ 10 Gewährleistung, Haftung**

- (1) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der Auslieferung durch den Leistungserbringer und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.
- (2) Auf die einschlägigen Bestimmungen des BGB zur Gewährleistung wird verwiesen.
- (3) Gewährt der Hersteller bzw. Lieferant oder Importeur des Hilfsmittels eine Garantie, stellt der Leistungserbringer gegenüber der AOK und dem Versicherten keine Ansprüche, soweit er sich aus der Garantie schadlos halten kann.
- (4) Für Reparaturen und sonstige Arbeiten am Hilfsmittel tritt ebenfalls mit der (erneuten) Aushändigung des Hilfsmittels an den Versicherten eine Gewährleistung nach den gesetzlichen Bestimmungen ein.
- (5) Der Leistungserbringer haftet für Schäden nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (6) Eine Haftung der AOK für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entsteht, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Beauftragten ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten und/oder dessen Beauftragten vorliegt.

## **§ 11 Unzulässiges Verhalten**

- (1) Der Leistungserbringer hat Werbemaßnahmen auf sachliche Informationen zu beschränken; diese dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen.



- (2) Der Versicherte hat die freie Wahl unter den Leistungserbringern dieses Vertrages. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und Ärzten mit dem Ziel, die freie Wahl des Versicherten unter den Vertragspartnern zu beeinflussen und/oder eine Leistungsausweitung zu erwirken, ist nicht gestattet.
- (3) Der Leistungserbringer sichert zu, dass er im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag keine rechtswidrigen Geldleistungen, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen, von Dritten erhält. Ausgenommen davon sind Mehrkosten gemäß § 14 Absatz 4 dieses Vertrages.
- (4) Die Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten der Leistungserbringer dieses Vertrages. § 128 SGB V ist zu beachten.
- (5) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten oder in sonstigen ambulanten bzw. stationären Einrichtungen ist nach den Grundsätzen des § 128 SGB V nicht zulässig. Entgegen dieser Vorgabe abgegebene Hilfsmittel sind nicht abrechnungsfähig.
- (6) Stellt die AOK fest, dass der Leistungserbringer der AOK einen erheblichen Mehraufwand verursacht (z. B. wiederholte Mängel bei der Datenqualität von Kostenvoranschlägen und/oder Abrechnungsunterlagen), gibt sie ihm Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung). Die AOK und der Leistungserbringer können sich zusätzlich darüber verständigen, wie die festgestellten Mängel zukünftig vermieden werden können.

## **§ 12 Leistungsstörungen, Vertragsverstöße**

- (1) Kann der Leistungserbringer aufgrund ihm bzw. seiner Risikosphäre zuzurechnender Umstände - wobei es auf ein etwaiges Verschulden nicht ankommt, wie z. B. Liefer-schwierigkeiten oder anderweitige Umstände - eine ordnungsgemäße Versorgung des Versicherten nicht gewährleisten und wird dadurch die Versorgung des Versicherten in unzumutbarer Weise beeinträchtigt oder gefährdet, so ist die AOK nach vorheriger Anhörung des Leistungserbringers berechtigt, ersatzweise einen Dritten mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Der Leistungserbringer hat der AOK entstehende Mehrkosten aufgrund dieser Ersatzversorgung zu erstatten.
- (2) Besteht der Verdacht über Verstöße des Leistungserbringers gegen Pflichten aus diesem Vertrag oder fügt er dem Versicherten oder der AOK in sonstiger Weise Schaden zu, gibt ihm die AOK Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung). Bei tatsächlichen Verstößen kann die AOK gegenüber dem Leistungserbringer eine schriftliche Verwarnung oder eine schriftliche Abmahnung erteilen und/oder eine Vertragsstrafe aussprechen und/oder den Vertrag fristlos kündigen. Durch die AOK kann eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von maximal drei Prozent des jährlichen Nettogesa-mtauftragswertes im Rahmen dieses Vertrages festgesetzt werden. Die Berechnung des Nettogesa-mtauftragswertes erfolgt anhand des Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger Monate vor, so erfolgt die Berechnung anhand des Nettogesa-mtauftragswertes dieser Monate. Die Höhe der Vertragsstrafe unterliegt im Streitfall gerichtlicher Überprüfung. Die Sanktionen erfolgen unter der Beach-

tung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Verwarnung bzw. Abmahnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.

- (3) Soweit Vertragsverstöße festgestellt werden, informiert die AOK schriftlich den betroffenen Leistungserbringer und – soweit der Leistungserbringer einem Verband oder sonstigen Zusammenschluss der Leistungserbringer angehört, der diesen Vertrag geschlossen hat oder ihm beigetreten ist – den Verband oder sonstigen Zusammenschluss der Leistungserbringer. Sofern der Leistungserbringer dies nicht wünscht, hat er der Regelung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Information gegenüber der AOK zu widersprechen. Der Verband oder sonstige Zusammenschluss der Leistungserbringer wird über den Vertragsverstoß unverzüglich informiert, wenn der Leistungserbringer nicht widersprochen hat.
- (4) Sonstige darüberhinausgehende Ansprüche bleiben unberührt.

### **§ 13 Vertragsstrafe**

- (1) Bei schwerwiegenden grob fahrlässigen bzw. vorsätzlichen Verstößen im Sinne von Absatz 2 lit. a), b), c), d) oder e) die zu erheblichen Nachteilen der AOK führen bzw. führen können, kann die AOK eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von maximal drei Prozent des jährlichen Nettogesamtauftragswertes im Rahmen dieses Vertrages festgesetzt werden. Die Berechnung des Nettogesamtauftragswertes erfolgt anhand des Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger Monate vor, so erfolgt die Berechnung anhand des Nettogesamtauftragswertes dieser Monate. Die Höhe der Vertragsstrafe unterliegt im Streitfall gerichtlicher Überprüfung.
- (2) Als schwerwiegend im Sinne von Absatz 1 gelten:
  - a) schwere Verstöße gegen die Datenschutzbestimmungen in § 9 dieses Vertrages,
  - b) Fälle vollendeten oder versuchten Betruges bzw. Abrechnungsmanipulation zu Lasten der AOK,
  - c) schwere Verstöße gegen die Qualitätsanforderungen bezüglich der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Versicherten und damit eine Beeinträchtigung des Versorgungsauftrages der AOK zur Folge haben sowie
  - d) schwere Verstöße gegen § 11 (Unzulässiges Verhalten) Absätze 3, 4 und 5 dieses Vertrages.
  - e) sonstige schwere oder wiederholte Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Vertrages. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages der AOK nicht mehr zumutbar ist.
- (3) Im Falle von mehreren Verstößen (Fortsetzungszusammenhang oder mehrere verschiedenartige Verstöße) erhöht sich die Strafe in angemessener Weise, jedoch auf insgesamt maximal fünf Prozent des durchschnittlichen Nettogesamtauftragswertes im Rahmen dieses Vertrages in den vergangenen zwölf Monaten, wobei die Gesamthöhe im Streitfall einer gerichtlichen Überprüfung unterliegt. Die Berechnung des Nettogesamtauftragswertes erfolgt anhand des Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger als zwölf Monate vor, so orientiert sich die Berechnung an den vergangenen Monaten.
- (4) Bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen im Sinne von § 128 Absatz 3 Satz 2 SGB V gegen die Verbote nach § 128 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB V kann die AOK den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung nach diesem Vertrag ausschließen.

- (5) Die AOK gibt dem Leistungserbringer vorab Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung).
- (6) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der Leistungserbringer verpflichtet, sofern er gegen seine Beratungspflicht entsprechend § 5 Absatz 4 des Vertrages verstoßen hat, dem Versicherten die angefallenen Mehrkosten zurückzuerstatten.
- (7) Weitergehende Ansprüche der AOK, insbesondere auf Schadenersatz und Rückforderung sowie das Recht, den Vertrag zu beenden, bleiben unberührt. Die gesetzliche Verpflichtung zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.
- (8) Die Regelungen in § 12 Absatz 3 des Vertrages gelten entsprechend.

#### **§ 14 Vergütung**

- (1) Die Vergütung (Nettopreise, zzgl. der Umsatzsteuer) ist der Anlage 4 des Vertrages zu entnehmen.
- (2) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entsteht mit der Zustimmung der AOK zur Versorgungsleistung (soweit zutreffend) sowie mit der Bereitstellung und Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten (Datum Empfangsbestätigung und Unterschrift des Versicherten, vgl. § 15 Absatz 4 des Vertrages) und Gewährung der vollständigen Nutzungsmöglichkeit nach Maßgabe der Anlage 1 dieses Vertrages. Die Vergütung ist der Anlage 4 des Vertrages zu entnehmen.
- (3) Der Leistungserbringer zieht gemäß den gesetzlichen Bestimmungen §§ 33, 61 SGB V die gesetzliche Zuzahlung zur Hilfsmittelversorgung vom Versicherten ein und quittiert diese kostenfrei. Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung ist unzulässig und darf vorbehaltlich der Regelung in Absatz 4 weder gefordert noch angenommen werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK verringert sich um den Zuzahlungsbetrag gemäß § 33 Absatz 8 SGB V. Die Kürzung ist in der Rechnung gemäß § 15 des Vertrages gesondert auszuweisen.
- (4) Durch den Leistungserbringer ist die aufzahlungsfreie Versorgung sicherzustellen. Wünscht der Versicherte eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung, hat der Leistungserbringer den Versicherten über die dadurch entstehenden Mehrkosten vorher zu informieren und diese direkt mit dem Versicherten abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei eventuellen Folgeleistungen. Auf Anforderung der AOK hat der Leistungserbringer die Erklärung des Versicherten über die Zahlung von Mehrkosten kostenfrei vorzulegen (Anlage 3). Eigenerklärungen des Leistungserbringers, die inhaltsgleich der Anlage 3 entsprechen, können verwendet werden.

#### **§ 15 Abrechnung**

- (1) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gemäß § 302 SGB V in Verbindung mit § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen.
- (2) Die Rechnung enthält folgende Mindestangaben:
  - Name des Leistungserbringers, Anschrift und IK,
  - Rechnungsdatum und -nummer,
  - Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer des Versicherten,

- Vertragsarzt Nummer oder lebenslange Arzt Nummer und Betriebsstättennummer des verordnenden Arztes oder bei Krankenhausverordnungen das IK des Krankenhauses,
- Hilfsmittelbezeichnung einschließlich der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer oder kassenspezifische Abrechnungspositionsnummer,
- Hilfsmittelkennzeichen (gemäß Anlage 4),
- Genehmigungsnummer der AOK (soweit zutreffend),
- Zustimmungsdatum der AOK (soweit zutreffend),
- Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK),
- Tag der Empfangsbestätigung des Versicherten,
- Vertragspreis in Euro (ohne Umsatzsteuer),
- Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten (soweit zutreffend)
- Mehrkosten für das Hilfsmittel (soweit zutreffend).

(3) Der Leistungserbringer hat folgende Unterlagen bei der Rechnungslegung einzureichen:

#### Erstversorgung

- Verordnung im Original,
- Empfangsbestätigung des Versicherten
- (bei Reisesprechtagen: Angabe Empfangsort auf der Verordnung - soweit zutreffend),
- Gesamtaufstellung/Sammelabrechnung.

#### Folgeversorgung

- Verordnung im Original,
- Empfangsbestätigung des Versicherten,
- (bei Reisesprechtagen: Angabe Empfangsort auf der Verordnung - soweit zutreffend),
- Gesamtaufstellung/Sammelabrechnung.

#### Nachsorgeleistungen bei Kunstaugen aus Kunststoff (z. B. Reparaturen)

- Bestätigung des Versicherten über die erfolgte Nachsorgeleistung
- (Datum und Unterschrift des Versicherten; bei Reisesprechtagen: Angabe Empfangsort auf der Bestätigung des Versicherten - soweit zutreffend),
- Gesamtaufstellung/Sammelabrechnung.

Die Urbelege sind entsprechend der Anlage 5 der Richtlinie zum DTA gemäß § 302 SGB V auszufüllen. Im Einvernehmen können zwischen dem Leistungserbringer und der AOK anderweitige Absprachen getroffen werden.

- (4) Die Abgabe des Hilfsmittels ist der AOK durch die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Betreuer/Angehörigen bzw. dessen Pflegeperson nach Rücksprache mit dem Versicherten oder dessen gesetzlichen Betreuer/Angehörigen mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung nachzuweisen (Anlage 2 des Vertrages) bzw. auf der Rückseite der Verordnung. Empfangsbestätigungen des Leistungserbringers, die inhaltsgleich der Anlage 2 entsprechen, können verwendet werden.
- (5) Der Leistungserbringer rechnet einmal je Monat für alle erbrachten Versorgungen im Wege einer Sammelabrechnung ab.
- (6) Der Leistungserbringer rechnet frühestens nach Leistungserbringung (Tag der Abgabe des Hilfsmittels) und spätestens innerhalb von zwölf Monaten nach Abgabe des Hilfsmittels gegenüber der AOK ab. Danach ist die Abrechnung ausgeschlossen.

- (7) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen und Abrechnungsdaten bei der von der AOK benannten Stelle (Fälligkeit). Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Rechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Die Zahlungsfrist ist bis zum Eingang der vertragsgemäßen Rechnungsunterlagen gehemmt.
- (8) Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Mit Zustimmung des Leistungserbringers können die Rechnungen innerhalb von 10 Kalendertagen nach Rechnungseingang unter Abzug von 2 % Skonto auf den gesamten Rechnungsbetrag bezahlt werden.
- (9) Die Begleichung der Rechnung durch die AOK an den von dem Leistungserbringer beauftragten Abrechnungsdienstleister erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem beauftragten Abrechnungsdienstleister und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Entsteht der AOK anlässlich der Abrechnung durch die abrechnende Stelle ein Schaden, so haften der Leistungserbringer und die abrechnende Stelle gesamtschuldnerisch. Forderungen der AOK gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der abrechnenden Stelle aufgerechnet werden, jedoch nur bis zur Höhe desjenigen Forderungsbetrages, den die abrechnende Stelle im Zeitpunkt der Verrechnung für den betroffenen Leistungserbringer im Rahmen der Abrechnung geltend macht und nur soweit die abrechnende Stelle noch Zugriff auf ein Guthaben des Leistungserbringers hat.
- (10) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht zugunsten des der AOK gemeldeten Abrechnungsdienstleisters mehr besteht.

## **§ 16 Beanstandungen und Verjährung**

- (1) a) Rechnungsbeanstandungen müssen von der AOK innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungslegung gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht werden. Sofern Beanstandungen durch die AOK festgestellt werden, erfolgt eine Kürzung des beanstandeten Rechnungsbetrages. Bei überwiegend fehlerhaften oder unvollständigen oder inhaltlich unstimmgigen Rechnungsunterlagen ist die AOK berechtigt, Rechnungen vollständig abzuweisen. Die Zahlung der AOK erfolgt unter dem Vorbehalt einer abschließenden sachlichen und rechnerischen Überprüfung. Die Beanstandung hat gegenüber dem Leistungserbringer unter Angabe der Rechnungsnummer, der Belegnummer und einer konkreten Begründung zu erfolgen. Diese Frist gilt nicht bei Vertragsverstößen und unerlaubten Handlungen des Leistungserbringers. Der Leistungserbringer erhält bei Rechnungsbeanstandungen jeweils eine Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.  
  
b) Im Falle einer Abtretung an einen Abrechnungsdienstleister gilt abweichend von Absatz 1a) folgendes: Rechnungsbeanstandungen müssen von der AOK innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungslegung gegenüber dem Abrechnungsdienstleister geltend gemacht werden. Sofern Beanstandungen durch die AOK festgestellt werden, erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages. Bei überwiegend fehlerhaften oder unvollständigen oder inhaltlich unstimmgigen Rechnungsunterlagen ist die AOK berechtigt, Rechnungen vollständig abzuweisen. Die Zahlung der AOK erfolgt unter dem Vorbehalt

einer abschließenden sachlichen und rechnerischen Überprüfung. Die Beanstandung hat gegenüber dem Abrechnungsdienstleister unter Angabe der Rechnungsnummer, der Belegnummer und einer konkreten Begründung zu erfolgen. Diese Frist gilt nicht bei Vertragsverstößen und unerlaubten Handlungen des Leistungserbringers. Der Abrechnungsdienstleister erhält bei Rechnungsbeanstandungen eine Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.

- (2) Einsprüche gegen Rechnungsbeanstandungen der AOK sind von dem Leistungserbringer bzw. vom Abrechnungsdienstleister innerhalb von sechs Monaten nach Erhalt der Beanstandung konkret zu begründen, unter schriftlicher Angabe der Sammelrechnungsnummer und/oder Registriernummer und Belegnummer. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt.
- (3) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der AOK zu erfolgen. Andernfalls gelten die Einsprüche als anerkannt.
- (4) Sofern die AOK dem Einspruch des Leistungserbringers bzw. Abrechnungsdienstleisters gegen Rechnungsbeanstandungen stattgibt, erfolgt eine Nachzahlung durch die AOK.
- (5) Stellt sich nach Begleichung einer Rechnung heraus, dass die AOK nicht oder nur teilweise dem Leistungserbringer bzw. dem Abrechnungsdienstleister gegenüber leistungspflichtig ist, kann sie innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung bereits geleistete Zahlungen vom Leistungserbringer bzw. Abrechnungsdienstleister zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer bzw. dem Abrechnungsdienstleister unverzüglich mitzuteilen. Der Leistungserbringer bzw. der Abrechnungsdienstleister hat die Möglichkeit, Einsprüche gemäß § 16 Absatz 2 des Vertrages gegenüber der AOK geltend zu machen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Leistungserbringer bzw. Abrechnungsdienstleister fällig. Dabei kann die AOK mit eigenen Forderungen gegen zeitlich folgende Forderungen des Leistungserbringers aufrechnen. Diese Verrechnung ist auch mit einer beauftragten Abrechnungsstelle möglich. Die daraus resultierenden Differenzbeträge dürfen nicht dem Versicherten auferlegt werden.
- (6) Für Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen gilt eine Ausschlussfrist von jeweils zwölf Monaten, gerechnet ab dem Ende des Monats in dem die Leistungen erbracht wurden. Auch für den Erstattungsanspruch der AOK gilt eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung bei der AOK.
- (7) Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.

## **§ 17 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag gilt ab dem 01.02.2020. Maßgeblich für die Anwendung dieses Vertrages ist das Datum der Versorgung. Für Leistungen, die ohne Verordnung abgegeben werden können, gilt das Abgabedatum an den Versicherten (Datum Empfangsbestätigung).
- (2) Dieser Vertrag kann vom Verband, vom Leistungserbringer, dem AOK-Bundesverband oder jeder teilnehmenden AOK einzeln mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.01.2021, schriftlich gekündigt werden. Die Anlage 4 (Vergütung) kann von den Vertragsparteien ebenfalls mit der in Satz 1 genannten Frist schriftlich gekündigt werden, ohne Auswirkungen auf die übrigen Vertragsregelungen.

- (3) Den Vertragsparteien steht das Recht der außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei Wegfall der gesetzlichen oder der vertraglichen Grundlagen oder bei schwerwiegenden Verletzungen dieses Vertrages, zu.
- (4) Zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages und/oder seinen Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.
- (5) Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 2 und 3 hinaus, sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Information über eine Änderung dieses Vertrages durch die AOK ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK kündigen.

### **§ 18 Schlussbestimmungen**

- (1) Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den in § 1 Absatz 2 angegebenen Vertragsbestandteilen, wie auch mündliche Abreden, gelten nur, wenn die AOK diese schriftlich bestätigt hat. Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.
- (2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren alle anderen Verträge, Preisvereinbarungen und Vereinbarungen der AOK mit dem Verband sowie deren Mitgliedern über die Versorgung der Versicherten mit Augenprothesen ihre Gültigkeit.
- (3) Sofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 36 Absatz 2 SGB V Festbeträge unterhalb der vereinbarten Vertragspreise für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt, gelten die Vertragspreise als aufgehoben, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf. Die Festbeträge gelten dann ab dem Tag ihres Inkrafttretens. Sie gelten für alle Versorgungen, bei denen die Abgabe der Leistung nach dem Stichtag erfolgt.

### **§ 19 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages undurchführbar oder unwirksam sein oder nachträglich nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der undurchführbaren, unwirksamen bzw. nichtigen Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Bestimmung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung der Vertragsparteien möglichst nahekommen, welche die Vertragsparteien mit der undurchführbaren, unwirksamen oder bzw. nichtigen Bestimmung verfolgt haben.

xxxxx, den \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
xxxxxx  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
AOK-Bundesverband GbR  
(Unterschrift)

## Anlage 1 – Leistungsbeschreibung

Für die Pflichten des Leistungserbringers gelten in Ergänzung des Vertrages folgende Anforderungen und Bestimmungen:

1. Der Leistungserbringer führt Versorgungen der Versicherten in seinem Institut (Betriebsstätte), auf Sprechtagen in geeigneten angemieteten Räumlichkeiten bzw. in der Häuslichkeit des Versicherten (Hausbesuch) durch. In Ausnahmefällen kann eine Versorgung auch in Pflegeheimen oder vergleichbaren Einrichtungen durchgeführt werden, wenn die Brandschutzbestimmungen dieser Einrichtungen dies zulassen und geeignete Räumlichkeiten mit ausreichender Belüftung für die Versorgung zur Verfügung gestellt werden können (Gasflasche, offenes Feuer, Platz für Arbeitstische etc.). Die Versorgung erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Terminabsprache und Zustimmung des Versicherten. Leistungen, die im Rahmen eines Hausbesuches erbracht werden, erfordern einen Kostenvoranschlag und die Zustimmung der AOK (vgl. § 6 Absatz 5, Anlage 4 des Vertrages).
2. Nach Erhalt des Zustimmungsvermerkes der AOK ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Leistung für den Versicherten unverzüglich zu erstellen bzw. bereitzustellen. Der Leistungserbringer hat den Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter, Pflegeperson in den Gebrauch und Pflege/Reinigung unverzüglich einzuweisen sowie die vollständige Nutzungsmöglichkeit zu gewährleisten. Sofern der Betreuer bzw. eine bevollmächtigte Person eine Unterschriftenleistung jeglicher Art vollzieht, hat er außerdem seinen Vornamen und Namen leserlich in Druckbuchstaben sowie seine Funktion für den Versicherten zu vermerken. Die Abgabe des Hilfsmittels schließt die Erprobung durch den Versicherten ein. Ggf. erforderliche weitere Einweisungen sind bei Bedarf durchzuführen.
3. Der Leistungserbringer stellt seine telefonische Erreichbarkeit für die Beratung, Erteilung von Auskünften und die Annahme von Aufträgen sicher. Der Leistungserbringer hat hierzu eine Servicetelefonnummer (montags bis freitags) zu den üblichen Geschäftszeiten einzurichten und zu besetzen. Die Servicetelefonnummer (Festnetznummer) hält der Leistungserbringer mit Vertragsbeginn vor. Die Servicetelefonnummer hat der Leistungserbringer der AOK unverzüglich mit Vertragsbeginn sowie bei deren Änderung mitzuteilen. Der Leistungserbringer teilt die Servicetelefonnummer bei Beginn der Versorgung sowie bei deren Änderung dem Versicherten ebenfalls mit.
4. Das eingesetzte Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie Änderungen, Instandsetzungen, Instandhaltungen und Ersatzbeschaffungen gewährleistet werden kann.
5. Der Leistungserbringer ist zur vollständigen Dokumentation der nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen verpflichtet. Nach der erstmaligen Kontaktaufnahme mit dem Versicherten hat der Leistungserbringer eine entsprechende Dokumentation anzulegen. Die Dokumentation ist so zu führen, dass die Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile des Vertrages nachvollziehbar festgehalten wird und ist im weiteren Verlauf der Versorgung zu aktualisieren und der AOK auf Verlangen unverzüglich vorzulegen.
6. Allergien/Unverträglichkeiten gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen können, werden abgeklärt.
7. Hygienische Aufbereitungen sind gemäß den Herstellervorgaben und unter Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen vorzunehmen.



8. Reisesprechtage finden außerhalb des Institutes des Leistungserbringers statt und erfordern daher einen zusätzlichen Aufwand. Die Leistung kann zusätzlich zu den Positionen 36.21.01.xxxx oder 36.21.02.xxxx je Versorgung des Versicherten innerhalb einer Rechnung abgerechnet werden. Dies ist pro Versicherten zweimal im Jahr möglich. Neben dem Erhalt der Hilfsmittelleistung ist auch der Empfangsort auf der Verordnung vom Versicherten zu bestätigen (§ 15 Absatz 3 des Vertrages).

## Anlage 2 – Empfangsbestätigung

Exemplar für den Vertragspartner

Exemplar für den Versicherten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

Sie erhalten die Hilfsmittelversorgung (Augenprothese) von dem Leistungserbringer

\_\_\_\_\_  
(Firmenbezeichnung, Servicetelefonnummer des Leistungserbringers)

Der Leistungserbringer hat mir am \_\_\_\_\_ das Hilfsmittel  
(Tag der Abgabe)

in einem funktionsgerechten, technisch, optisch und hygienisch einwandfreien Zustand übergeben sowie mich bzw. gesetzlicher Vertreter bzw. Pflegeperson in den Gebrauch sowie die Pflege des Hilfsmittels eingewiesen.

Ich verpflichte mich, das Hilfsmittel zum bestimmungsgemäßen Gebrauch zu nutzen, sachgerecht zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so muss ich dafür Schadensersatz leisten. Ich darf das Hilfsmittel keinem Dritten zur Nutzung überlassen, nicht verleihen, verkaufen, übereignen, verpfänden oder entsorgen.

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten, die im Zusammenhang mit der oben genannten Hilfsmittelversorgung stehen, bin ich jetzt und in Zukunft einverstanden. Die Weitergabe der persönlichen Daten erfolgt ausschließlich zwischen der AOK und dem oben genannten Leistungserbringer. Die Zustimmung kann jederzeit gegenüber dem Leistungserbringer zurückgenommen werden.

Ich informiere den Leistungserbringer **sofort**

- bei einem Wohnortwechsel,
- bei einem Wechsel der Krankenkasse oder
- bei notwendigen Nachsorgeleistungen (z.B. Reparaturen) an diesem Hilfsmittel.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlicher Vertreter/Pflegeperson

### Anlage 3 – Dokumentation der Beratung/Eigenerklärung des Versicherten zu Mehrkosten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

#### **Information für den Versicherten**

#### **Dokumentation der Beratung**

Ich wurde über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten mit einer Augenprothese informiert und beraten.

Ich habe mich für eine aufzahlungsfreie Versorgung entschieden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

#### **Eigenerklärung des Versicherten zu Mehrkosten**

- (1) Der Leistungserbringer hat mich in Kenntnis gesetzt, dass die mit meiner medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung in Zusammenhang stehenden notwendigen Kosten durch die AOK übernommen werden.
- (2) Wähle ich dennoch eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht (§§ 12, 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V), muss ich die Mehrkosten für das von mir gewählte Hilfsmittel sowie die möglichen Folgekosten, z. B. für Reparaturleistungen, selbst tragen.
- (3) Ich wurde darüber informiert, dass der Leistungserbringer von mir mit Ausnahme der o. g. Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach § 33 Absatz 8 SGB V keine Mehrkosten fordern darf.
- (4) Ich wurde über die Mehrkosten für das Hilfsmittel

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung des Hilfsmittels)

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.

- (5) Ich bin damit einverstanden, dass der Leistungserbringer die AOK über meine geleisteten Mehrkosten informiert (z. B. Kopie dieser Erklärung). Diese Angaben werden von der AOK ausschließlich zur Qualitätsprüfung verarbeitet und genutzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlicher Vertreter/Pflegeperson

#### Anlage 4 – Vergütung

<b>AC/TK: 19 00 036</b>				
<b>Hilfsmittelpositionsnummer</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Hilfsmittelkennzeichen</b>	<b>Betrag in EUR (zzgl. 7 % USt.)</b>	<b>Zustimmungspflicht</b>
<b>36.21.01</b>	<b>Kunstaugen aus Glas</b>			
36.21.01.0001	Kunstaugen aus Glas (Reformauge, Schalenauge, Bulbusauge) inkl. aller notwendigen Arbeiten, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachbildung einer extremen Skleralfärbung</li> <li>▪ Nachbildung einer extremen Pupillenweite oder Iris aufgrund verletzungs- und pathologisch bedingter Zustände</li> <li>▪ Nachbildung einer ungewöhnlichen Pigmentierung</li> <li>▪ Nachbildung eines Arcus Lipoides</li> </ul>	00, 10	483,19	nein
36.21.01.1001				
36.21.01.2001				
36.21.01.3001	Sonderversorgungen mit Kunstaugen aus Glas <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kunstauge aus Glas mit erheblichem Mehraufwand</li> <li>▪ Kunstauge aus Glas zur Integration mit Plombenarten</li> <li>▪ Defektabdeckung durch Haut- der Lidnachbildung</li> </ul>	00, 10	Kostenvoranschlag	ja
36.21.01.4001	Kunstauge aus Glas für Epithesen	00, 10	Kostenvoranschlag	ja
<b>36.21.02</b>	<b>Kunstaugen aus Kunststoff</b>			
36.21.02.0001	Schalenauge aus Kunststoff	00, 10	Kostenvoranschlag	ja
36.21.02.1001	Bulbusschale aus Kunststoff	00, 10	Kostenvoranschlag	ja
36.21.02.2001	Sonderversorgungen mit Kunstaugen aus Kunststoff <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kunstauge aus Kunststoff mit erheblichem Mehraufwand</li> <li>▪ Kunstauge aus Kunststoff zur Integration mit Plombenarten</li> <li>▪ Defektabdeckung durch Haut- der Lidnachbildung</li> </ul>	00, 10	Kostenvoranschlag	ja
36.21.02.3001	Kunstauge aus Kunststoff für Epithesen	00, 10	Kostenvoranschlag	ja

Hilfsmittelpositionsnummer	Bezeichnung	Hilfsmittelkennzeichen	Betrag in EUR (zzgl. 7 % USt.)	Zustimmungspflicht
<b>36.99.01</b>	<b>Abrechnungspositionen für Zusätze von Kunstaugen</b>			
36.99.01.0005	Nacharbeiten bei Kunstaugen aus Kunststoff von Kindern im Wachstumsalter	01	Kostenvoranschlag	ja
36.99.01.0006	Oberflächen-Nachbehandlung bei Kunstaugen aus Kunststoff	01	95,53	nein
36.99.01.0007	Sonderformen für postoperative Versorgungen/Interimsprothesen (Ein- und doppelwandige Lochprothesen und Conformer) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Postoperative Erstversorgung mit Interimsprothesen</li> <li>▪ Postoperative Erstversorgung nach Eingriffen zur Rekonstruktion der Orbita oder Adnexe</li> <li>▪ Conformer-Behandlung</li> </ul>	00	135,30	nein
36.99.01.0008	Zuschlag für Sonderformen bei Interimsprothesen <u>Hinweis:</u> Wenn kein Rohling verwendet werden kann.	00	Kostenvoranschlag	ja
36.99.01.0009	Orbita-Abdruck <u>Hinweis:</u> bei Sonderversorgungen	00	31,14	nein
36.99.01.0010	Vergütung für nicht zurücknehmbare Interimsaugen oder Conformer	00	84,54	nein
36.99.01.0011	Modellausarbeitung  <u>Hinweis:</u> Erarbeiten von Dicke, Umfang und Wölbung der Augenprothese, ggf. mit vorheriger Wachmodellierung und Anpassung mit Überprüfung von Sitz und Aussehen. Bei Erstversorgung und bei Folgeversorgung, wenn die bisherige Augenprothese nicht mehr vorhanden ist oder erhebliche Veränderungen der Augenhöhle vorliegen.	00	140,66	nein
36.00.99.0015	Beratung (kann nur in den nachstehenden Fällen angesetzt werden): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratungsbesuch im OP inkl. Wegegebühren</li> <li>▪ Beratung bei postoperativer Erstversorgung mit Interimsprothesen</li> <li>▪ Beratung ohne nachfolgende Behandlung</li> </ul> <u>Hinweis:</u> Diese Position ist einmal je Versorgungsfall abrechnungsfähig. Die Notwendigkeit einer Beratung im OP bzw. ohne nachfolgende Behandlung ist vom Arzt zu bescheinigen.	00, 10	50,47	nein
36.00.99.0016	Hausbesuche ( <u>nicht</u> Reisesprechtag)	00, 01, 10	Kostenvoranschlag	ja
36.00.99.0019	Sprechttagvergütung (Reisesprechtag außerhalb des Institutes des Leistungserbringers)  <u>Hinweis:</u> Diese Position ist je Versicherten zweimal im Jahr und nur in Kombination mit den Hilfsmittelpositionsnummern: 36.21.01.xxxx oder 36.21.02.xxxx abrechnungsfähig.	00, 01, 10	35,06	nein
36.00.99.0020	Aufschlag für eine Erstversorgung mit Augenprothesen <u>Hinweis:</u> Diese Position ist einmal bei der Erstversorgung des Versicherten abrechnungsfähig. Dies gilt auch bei der Erstversorgung von Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr.	00	47,45	nein
36.00.99.0021	Aufschlag für eine Kinderversorgung bis zum vollendeten 10. Lebensjahr <u>Hinweis:</u> Diese Position kann bei jeder Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr abgerechnet werden.	00, 10	94,67	nein

**Anlage 5 – Beitritts- und Anerkenniserklärung**

zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 36 (Augenprothesen)

Abrechnungscode (AC): 19 Tariffkennzeichen (TK): 00 036

---

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)

---

Leistungserbringer (Hauptbetrieb - Firmenbezeichnung)

---

Betriebsinhaber/Geschäftsführer

---

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

1. Ich/Wir trete/n dem o. g. Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 36 (Augenprothesen) gemäß § 127 Absatz 2 SGB V bei und verpflichte/n mich/uns die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen. Ein Exemplar dieses Vertrages nebst Anlagen habe/n ich/wir erhalten.
2. Eine Kopie des aktuellen Präqualifizierungszertifikates habe/n ich/wir der Beitrittserklärung beigelegt.
3. Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich gelten lasse, soweit ich/wir nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem Sonderkündigungsrecht nach § 17 Absatz 5 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

Weitere folgende Betriebsstätten sind für die Versorgung mit den vertragsgegenständlichen Hilfsmitteln gemäß § 126 Absatz 1, 1a SGB V abgabeberechtigt:

<b>IK-Nummer</b>	<b>Name des Leistungserbringers</b>	<b>Anschrift</b>

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers  
(Geschäftsführer/in bzw. Betriebsinhaber/in)