

**Vertrag  
nach § 127 Abs. 2 SGB V  
über die Versorgung mit Hilfsmitteln der  
Produktgruppe 08  
(Einlagen)**

zwischen der

**AOK Sachsen-Anhalt**  
Lüneburger Str. 4  
39106 Magdeburg

- nachfolgend AOK genannt -

und der

**Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt**  
Bei Schuldts Stift 3  
20355 Hamburg

- nachfolgend LIOT bzw. Leistungserbringer genannt -

und der

**Landesinnung Sachsen-Anhalt für Orthopädie-Schuhtechnik**  
Jakobsstraße 5/6  
06618 Naumburg

- nachfolgend LI-SA bzw. Leistungserbringer genannt -

**AC/TK:  
XX14301**

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	3
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages .....	3
§ 3 Versorgungsberechtigung .....	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung .....	3
§ 5 Qualitätssicherung .....	6
§ 6 Vergütung und Abrechnung .....	6
§ 7 Beanstandungen und Verjährung .....	7
§ 8 Wettbewerb .....	8
§ 9 Datenschutz .....	8
§ 10 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern .....	9
§ 11 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen .....	9
§ 12 Laufzeit und Kündigung .....	10
§ 13 Salvatorische Klausel .....	10
§ 14 Schlussbestimmungen .....	11

Anlage 1	Leistungsbeschreibung
Anlage 2	Präqualifizierungsbestätigung/Prüfung der Eignungsvoraussetzungen/Versorgungsbereiche/Eigenerklärungen
Anlage 3	Preisliste/DTA-Anlage
Anlage 4	Eigenerklärung zu Mehrkosten
Anlage 5	Beitrittserklärung
Anlage 6	Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V 6.1 Grundsätze 6.2 Erklärung zur Abrechnung
Anlage 7	freiwillige Erklärung zur Datenweitergabe

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 08 (Einlagen) nach § 33 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 2 SGB V.
2. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 08 nach Abs. 1 medizinisch indiziert ist.
3. Die Anlagen 1 - 6 sind Bestandteil des Vertrages.

## **§ 2 Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag gilt für:

1. Mitglieder der Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt (LIOT) und der Landesinnung Sachsen-Anhalt für Orthopädie-Schuhtechnik (LI-SA), sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 5) unterzeichnet haben

In regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal halbjährlich, übergibt die AOK der LIOT und der LI-SA eine Übersicht, welche Mitglieder dem PG 08-Vertrag beigetreten sind. Die LIOT und die LI-SA fordern dazu von allen Mitgliedern eine Einverständniserklärung ab, um dem Datenschutz Genüge zu tun (Anlage 7). Die Abgabe der Erklärung ist freiwillig, die Daten werden ohne die Einverständniserklärung nicht weitergegeben.

2. Leistungserbringer, sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 5) unterzeichnet haben.

## **§ 3 Versorgungsberechtigung**

1. Der Leistungserbringer muss für jede einzelne Betriebsstätte (Filialen gelten als Betriebsstätte) die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß den gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1 SGB V erfüllen. Der Nachweis erfolgt mindestens in Form der Vorlage einer gültigen Präqualifizierungsbestätigung in den festgeschriebenen Versorgungsbereichen.
2. Die in der Anlage 2 enthaltenen Eigenerklärungen sind vom Leistungserbringer unterschrieben bei der AOK abzugeben.
3. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer die AOK entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der Handwerksordnung schriftlich zu informieren.

## **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten der AOK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfs-

mitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu beachten.

Der Leistungserbringer gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, entsprechende Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, darf der Leistungserbringer nicht bewirken, die AOK nicht bewilligen und nicht vergüten.

2. Der Leistungserbringer behandelt alle Anspruchsberechtigten der AOK nach gleichen Grundsätzen.
3. Die vertragsgemäßen Versorgungen mit Einlagen erfolgen gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung zu Lasten der AOK im Rahmen dieses Vertrages.
  - Die ärztliche Verordnung gilt nur für den Anspruchsberechtigten, für den sie ausgestellt ist. Sie ist nicht übertragbar. Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag im Falle genehmigungsbedürftiger Leistungen innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist ebenfalls als gewahrt. Der Leistungserbringer kann bei berechtigten Zweifeln zur Art der Hilfsmittelversorgung Rücksprache mit dem Verordner halten und ggf. eine andere Versorgung vorschlagen.
  - Wenn die ärztliche Verordnung so konkret benannt ist, dass eine genau definierte Einlagenversorgung daraus hervor geht (Verordnung des 7-Steller) und der Leistungserbringer feststellt, dass eine wirtschaftlichere Versorgung (inkl. Zusätze) auch zweckmäßig wäre, kann diese ohne vorherige Abstimmung mit dem Verordner abgegeben und abgerechnet werden.
  - Wenn die ärztliche Verordnung so konkret benannt ist, dass eine genau definierte Einlagenversorgung daraus hervor geht (Verordnung des 7-Steller) und der Leistungserbringer feststellt, dass eine kostenintensivere Versorgung (inkl. Zusätze) zweckmäßiger wäre, kann dies nur im Einvernehmen mit dem Verordner und dessen korrigierter Verordnung erfolgen.
  - Wenn das Hilfsmittel nicht konkret verordnet wurde (z.B. nur die 6-stellige Hilfsmittelpositionsnummer benannt ist), kann innerhalb der Hilfsmittelpositionsnummern 08.03.01.0, 08.03.02.0 und 08.03.02.1 ohne vorherige Abstimmung mit dem Verordner versorgt und abgerechnet werden.
  - Folgende Zusätze sind zwingend verordnungspflichtig:
    - 08.99.99.0.002 Fersenspornausnehmung/-polster inkl. Lederbezug
    - 08.99.99.0.004 Weichbettung langsohlig inkl. Lederbezug
    - 08.99.99.0.005 Weichbettung Vorfußbereich inkl. Lederbezug
    - 08.99.99.0.008 Verkürzungsausgleich fest mit der Einlage verbunden

Die Zusätze Fersensporn und Verkürzungsausgleich können sich auch aus der Diagnose ergeben dies gilt als verordnet.

4. Die Regelungen zur Genehmigungspflicht bzw. -freiheit sind in Anlage 1 geregelt. Die AOK ist berechtigt, die Genehmigungsregelungen durch einseitige Erklärung zu verändern. Diese Erklärung muss mit einem zeitlichen Vorlauf von mindestens 4 Wochen erfolgen.

5. Die Übersendung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen hat auf elektronischem Wege zu erfolgen. Die Teilnahme am Verfahren des elektronischen Kostenvoranschlages ist für die AOK kostenlos. Kosten, die ggf. durch den Anbieter der Branchensoftware des Leistungserbringers bzw. durch einen Dienstleister entstehen, gehen nicht zu Lasten der AOK.
6. Mit dem elektronischen Kostenvoranschlag ist die ärztliche Verordnung als Dokumentenanlage zu übermitteln.
7. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung mindestens den Produktgruppenstandards des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und der Krankheit bzw. Behinderung des Anspruchsberechtigten voll gerecht werden. Die Hilfsmittel müssen grundsätzlich im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V aufgeführt sein.
8. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Versorgung mit Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 S. 2 Pkt. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
9. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung dafür, dass die von ihm erbrachten Leistungen frei von sachlichen und rechtlichen Mängeln sind. Für die gelieferten Hilfsmittel gelten die Gewährleistungspflichten gemäß BGB. Die Gewährleistungsrechte dürfen von den Anspruchsberechtigten gegenüber dem Leistungserbringer auch selbst geltend gemacht werden.
10. Bei durch Gutachten eines öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen für Orthopädietechnik oder Orthopädie-Schuhtechnik nachgewiesenen Fehlversorgungen muss der Vertragspartner eine kostenfreie Ersatzversorgung vornehmen.
11. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach § 33 Abs. 8 SGB V die Zuzahlung zur Versorgung vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren.
12. Der Leistungserbringer hat vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme der unter Punkt 14 genannten Mehrleistungen sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach Punkt 12 keine Zahlungen zu fordern.
13. Dem Anspruchsberechtigten ist mindestens eine aufzahlungsfreie Versorgung in einer zweckmäßigen Ausführung anzubieten. Wünscht der Anspruchsberechtigte eine darüber hinausgehende Versorgung, hat der Leistungserbringer den Anspruchsberechtigten vor Beginn der Versorgung über die dadurch entstehenden Mehrkosten zu informieren und diese mit dem Anspruchsberechtigten abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen. Dem Anspruchsberechtigten ist der aufzahlungsfreie Kostenanteil der AOK bekannt zu geben.

Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift auf der Anlage 4 (Eigenerklärung zu Mehrkosten) oder einem Beratungsprotokoll nach §127 Abs. 4a SGB V oder einem sinnentsprechend lautenden Dokument. Die Inhalte der Anlage 4 müssen enthalten sein. Diese sind der AOK auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen. Zusätzliche Beratungsprotokolle nach § 127 Abs. 4a SGB V für Versorgungen ohne Aufzahlungen sind nicht notwendig.

14. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Leistungen unter Angabe des Da-

tums auf der Verordnung bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.

15. Zur Realisierung der Einlagenversorgung vom Leistungserbringer erstellte schriftliche und/oder bildliche und/oder dreidimensionale Arbeitsunterlagen in jeglicher Form sind Eigentum des Leistungserbringers.
16. Der Versicherte hat die freie Wahl unter den Vertragspartnern. Falls der Versicherte es ausdrücklich wünscht, unterstützt ihn die AOK bei der Suche nach einem Vertragspartner.
17. Wenn der Versicherte nicht in der Lage ist selbständig oder mit Hilfe Dritter die präqualifizierte Betriebsstätte des Leistungserbringers aufzusuchen, ist im Einzelfall auch eine Versorgung im häuslichem Umfeld möglich. Dies ist vom Arzt ausdrücklich zu verordnen und zu begründen.

### **§ 5 Qualitätssicherung**

1. Der Leistungserbringer hat die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung gemäß § 126 SGB V sicher zu stellen und die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln einzuhalten und nachzuweisen.
2. Fachliche, sachliche und personelle Änderungen während der Vertragslaufzeit sind der PQ-Stelle beziehungsweise der AOK entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der Handwerksordnung mitzuteilen.

### **§ 6 Vergütung und Abrechnung**

1. Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in Verbindung mit dem § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen. Näheres regelt die Anlage 6.
2. Die Vergütungen entsprechen den vom GKV Spitzenverband beschlossenen bundeseinheitlichen Festbeträgen für Hilfsmittel der Produktgruppe 08 – Einlagen in der jeweils gültigen Fassung.
3. Die Abrechnung durchgeführter Versorgungsleistungen erfolgt grundsätzlich einmal monatlich. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt.
4. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Originalverordnung (ärztliche Verordnung) mit Empfangsbestätigung einzureichen.
5. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der AOK. Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

6. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er die AOK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der AOK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen (Erklärung zur Abrechnung Anlage 6.2). Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Der Leistungserbringer haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.
7. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung.  
Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
8. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 6 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 7 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.

## **§ 7**

### **Beanstandungen und Verjährung**

1. Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle schriftlich mitgeteilt. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.
2. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung im Sinne der §§ 823 ff. BGB vor. In diesem Falle gelten die entsprechenden Verjährungsregelungen des BGB. Widerspricht der Leistungserbringer oder seine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die AOK, so gilt diese als anerkannt. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort, bzw. nach der Rechnungsbezahlung mit Folgerechnungen des Leistungserbringers verrechnet werden. Hierüber ist der Leistungserbringer schriftlich zu informieren.  
Fällige Forderungen können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Die Übertragung der Abrechnung auf eine Abrechnungsstelle ist ausgeschlossen, wenn hiermit die Aufrechnung verhindert wird. Ist eine Verrechnung mit Folgerechnungen nicht möglich, sind zurückgeforderte Beträge innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Leistungserbringer fällig. Die zurückgeforderten Beträge dürfen dem Anspruchsberechtigten nicht auferlegt werden.
3. Fehler, die zu einer Rechnungsberichtigung führen können z. B. sein:
  - der abgerechnete Preis entspricht nicht den Vertragspreisen/Festbeträgen bzw. ist nicht vereinbart

- die Abrechnung übersteigt bzw. entspricht nicht dem vorangegangenen Kostenvorschlag
  - die vollständigen, zahlungsbegründenden Unterlagen nach Anlage 6, Abs. 6.1, Satz 4 sind nicht beigefügt
  - der gesetzliche Zuzahlungsbetrag wurde nicht vom Abrechnungsbetrag abgezogen.
4. Noch nicht geltend gemachte Forderungen des Leistungserbringer aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab dem Tag der Abgabe des Hilfsmittels nach § 5 Abs. 17.
  5. Es besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehung entstandene Forderungen der AOK ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen die AOK nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens der AOK gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen, Rückforderungen oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Ansprüche besteht zugunsten der AOK ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB.
  6. Es besteht Einvernehmen, dass die AOK auch im Falle einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vergl. § 354 a HGB).

## **§ 8 Wettbewerb**

Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der AOK beziehen. Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Anspruchsberechtigten durch Werbemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.

## **§ 9 Datenschutz**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
2. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung des Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.  
Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
3. Der Leistungserbringer darf die an ihn überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden.  
Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Die



Verwendung der Daten aufgrund anderer vertraglicher und/oder gesetzlicher Verpflichtungen bleiben hiervon unberührt.

4. Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.
5. Von Leistungserbringern an die AOK zur Kostenübernahmeerklärung eingereichte Kostenvoranschläge und/oder deren Inhalte dürfen durch die AOK nicht an Mitbewerber des einreichenden Leistungserbringers weitergeleitet werden.

## **§ 10**

### **Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern**

1. Der § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.
2. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben.
3. Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch orthopädie-technische Betriebe/Sanitätshäuser/Apotheken im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig.

Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.

4. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnungen bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen oder dergestalt, dass die freie Wahl der Anspruchsberechtigten unter den präqualifizierten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
5. Zulässig sind Versorgungsgespräche in Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen. Explizit nicht zu Versorgungsgesprächen zählt das Maßnehmen am Patienten.

## **§ 11**

### **Vertragsverstöße und Vertragsstrafen**

1. Verstößt der Leistungserbringer schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, kann die AOK nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung aussprechen, eine Abmahnung erteilen, bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 3 % des jährlichen Nettoauftragswertes erheben und den Vertrag außerordentlich kündigen.  
Für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes kann die AOK den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung für Leistungen nach diesem Vertrag ausschließen.
2. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß liegt insbesondere vor bei:
  - wiederholten Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen bzgl. der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Anspruchsberechtigten zur Folge haben

- Verstößen gegen das MiLoG nach § 4 Abs. 16
  - Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Versicherte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen
  - wiederholten schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen in § 8
  - vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der AOK.
  - handwerklichen Tätigkeiten in Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen, die über die Regelungen des § 10 Abs. 5. hinausgehen.
3. Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V werden angemessen nach Abs. 1 geahndet.
  4. Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüber hinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung oder Schadenersatz, bleiben von den Maßnahmen in Absatz 1 unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.
  5. Betrifft die Zuwiderhandlung ein Mitglied der LIOT bzw. LIS-A werden die LIOT und die LI-SA in die Festsetzung der Sanktionen einbezogen.
  6. Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten und zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird ein Vertragsausschuss gebildet. Der Vertragsausschuss besteht aus zwei Vertretern der AOK und je einem Vertreter der Innungen (LIOT bzw. LI-SA). Der Vertragsausschuss wird auf Antrag eines Leistungserbringers, der Innungen (LIOT bzw. LI-SA) oder der AOK tätig. Die Geschäftsordnung wird durch die Mitglieder des Vertragsausschusses festgelegt.

## **§ 12 Laufzeit und Kündigung**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.11.2017 in Kraft. Für die Betriebe der LI-SA tritt der Vertrag am 01.01.2018 in Kraft. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der ärztlichen Verordnung.
2. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.10.2019 schriftlich gekündigt werden.
3. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages und können mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.10.2019 schriftlich gekündigt werden. Werden vom GKV Spitzenverband neue bundeseinheitliche Festbeträge für Einlagen beschlossen und veröffentlicht, gelten diese neuen Festbeträge als Vergütung nach § 6 Abs. 2, ohne dass es einer Kündigung bedarf.  
Die Vertragspartner stellen sicher, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
4. Den Vertragsparteien steht das Recht der außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei Wegfall der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen oder bei schwerwiegenden Verletzungen dieses Vertrages zu.
5. Werden nach Abschluss des Vertrages die in diesem Vertrag geregelten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung

des Hilfsmittelverzeichnis geändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung dieses Vertrages berechtigt.

**§ 13**  
**Salvatorische Klausel**

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

**§ 14**  
**Schlussbestimmungen**

Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den vertraglichen Regelungen gelten nur, wenn die AOK sie schriftlich bestätigt hat. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.

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

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

\_\_\_\_\_  
AOK Sachsen-Anhalt

\_\_\_\_\_  
Landesinnung für Orthopädietechnik  
Sachsen-Anhalt

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

\_\_\_\_\_  
Landesinnung Sachsen-Anhalt für  
Orthopädie-Schuhtechnik