

**Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V  
über die Versorgung mit Hilfsmitteln der  
Produktgruppe 23 (Orthesen)**

zwischen der

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

- nachfolgend AOK genannt -

und der

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

- nachfolgend Landesinnung genannt -

**Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK):**  
**15 14 355** Preislisten Anlage 9.1 (konfektionierte und individuelle Orthesen)  
und Anlage 9.2 (Reparaturen)  
**15 14 356** Preisliste Anlage 9.3 (Zusätze)

## Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	3
§ 2 Geltungsbereich des Vertrages.....	3
§ 3 Versorgungsberechtigung.....	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung.....	3
§ 5 Art und Umfang der Leistung .....	4
§ 6 Reparaturen/Änderungen/Instandsetzungen .....	6
§ 7 Qualität.....	7
§ 8 Vergütung.....	7
§ 9 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).....	8
§ 10 Datenschutz, EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO).....	8
§ 11 Rechnungslegung und Bezahlung .....	9
§ 12 Beanstandungen und Verjährung .....	10
§ 13 Haftung und Gewährleistung .....	11
§ 14 Wettbewerb .....	11
§ 15 Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen.....	12
§ 16 Salvatorische Klausel .....	13
§ 17 Schlussbestimmungen .....	13
§ 18 Vertragslaufzeit und Kündigung.....	13

Anlage 1	Beitrittserklärung
Anlage 2	Leistungsbeschreibungen
Anlage 2.1	Leistungsbeschreibung - Neuversorgungen
Anlage 2.2	Leistungsbeschreibung - Notfallversorgungen
Anlage 2.3	Leistungsbeschreibung - Einsatz wiederverwendbarer Orthesen
Anlage 3	Erhebungsbogen für individuell angefertigte Orthesen bzw. Zusätze an der konfektionierten Orthese
Anlage 4	Versorgungsdokumentation PG 23 (nach Maßanfertigungen)
Anlage 5	Kennzeichnung von Sonderanfertigungen (MPG)
Anlage 6	Empfangsbestätigung des Anspruchsberechtigten über den Erhalt des wieder-einsatzfähigen Hilfsmittels
Anlage 7	Mehrkostenerklärung des Anspruchsberechtigten
Anlage 8	Genehmigungsverfahren
Anlage 9	Preislisten
Anlage 9.1	Preisliste konfektionierte und individuelle Orthesen
Anlage 9.2	Preisliste Reparaturen
Anlage 9.3	Preisliste Zusätze
Anlage 10	Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V Datenträgeraus-tausch (DTA)

### **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 (Orthesen) nach § 33 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 1 SGB V einschließlich der Herstellung, Überlassung sowie die Erbringung aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.
2. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 nach Abs. 1 medizinisch indiziert ist.
3. Die Anlagen 1 – 10 sind Bestandteil des Vertrages.

### **§ 2 Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag gilt für:

1. Die Landesinnung für Orthopädie-Technik Sachsen-Anhalt und ggf. ihre Mitglieder, sofern diese der Landesinnung eine Abschlussvollmacht erteilt haben (Vertragspartner gemäß § 127 Abs. 1 SGB V).
2. Andere Vertragspartner, sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 1) unterzeichnet haben, unabhängig davon, ob sie Mitglied einer vertragsschließenden Leistungserbringerorganisation sind oder nicht (Vertragspartner gemäß § 127 Abs. 2 SGB V).

### **§ 3 Versorgungsberechtigung**

1. Zur Versorgung sind nur geeignete Vertragspartner befugt. Der Vertragspartner 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 in Form der Vorlage einer gültigen Präqualifizierungsbestätigung in den festgeschriebenen Versorgungsbereichen.
2. Die in der Anlage 1 enthaltene Beitrittserklärung ist zusammen mit der Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V zum Datenträgeraustausch (Anlage 10) vom Vertragspartner unterschrieben bei der AOK abzugeben.
3. Der Vertragspartner hat das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nicht mehr erfüllt werden, ist die AOK unverzüglich schriftlich darüber zu informieren. Die weitere Versorgungsberechtigung ist mit der AOK zu klären.

### **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 2, 12 und 70 SGB V zu beachten. Der Vertragspartner gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung.

### § 5 Art und Umfang der Leistung

1. Der Vertragspartner behandelt alle Anspruchsberechtigten der AOK nach gleichen Grundsätzen.
2. Der Vertragspartner ist verpflichtet, Anspruchsberechtigte unverzüglich mit Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 des Vertrages zu versorgen.
3. Die vertragsgemäßen Versorgungen mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 (Orthesen) erfolgen gegen Vorlage einer ordnungsgemäßen 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.
4. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung durch die AOK. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Genehmigung und Vergütung besteht nicht. Die AOK kann ganz oder teilweise auf diese Genehmigung verzichten. Sie ist jederzeit berechtigt, eine bestimmte Genehmigungsfreigrenze nach vorheriger Information der Landesinnung bzw. des Leistungserbringers festzusetzen. Näheres regelt die Anlage 8.
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 Vertragspartners bzw. durch einen Dienstleister entstehen, gehen nicht zu Lasten der AOK. Nicht auf elektronischem Wege übermittelte Kostenvoranschläge werden mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent in Analogie zum § 303 SGB V versehen.
6. Mit dem elektronischen Kostenvoranschlag ist die ärztliche Verordnung als Dokumentenanlage zu übermitteln.
7. Mit dem elektronischen Kostenvoranschlag sind im Feld „Lokalisation“ die Schlüsselinhalte

0 = beidseitig

1 = links oder

2 = rechts

zu füllen. Mit diesen Angaben wird die zu versorgende Seite übermittelt.

In der Abrechnung erfolgt die Übermittlung im Feld „Anwendungsort“. Näheres unter § 11 Abs. 2 des Vertrages.

8. 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.
9. 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.

10. Der Vertragspartner 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 Vertragspartner auch selbst geltend gemacht werden.
11. Krankenhaus-Sofortversorgungen bis zu einem Betrag von 1.000,00 Euro netto sind genehmigungsfrei. Bei der Abrechnung ist die Krankenhausverordnung mit dem Vermerk des Verordners „Sofortversorgungen“ einzureichen. Krankenhaus-Sofortversorgungen über einem Betrag von 1.000,00 Euro netto sind genehmigungspflichtig. Diese Versorgungsfälle sind im elektronischen Kostenvoranschlag mit der Notiz „Sofortversorgung“ zu versehen. Sie sind der AOK per E-Mail zusätzlich zum elektronischen Kostenvoranschlag als „Sofortversorgung“ anzuzeigen.

Die E-Mail ist unter Angabe des Namens und der Krankenversicherungsnummer des Anspruchsberechtigten an folgende Adresse zu richten:

FBPostfachKCHimiTeam3@san.aok.de  
cc: ronny.strohmeyer@san.aok.de  
christoph.schwokowski@san.aok.de

12. Für individuell zu fertigende Hilfsmittel sind im Rahmen des Genehmigungsverfahrens neben dem Maßblatt, Erhebungsbogen (Anlage 3) gegebenenfalls weitere Unterlagen (z. B. Fotodokumentation) der AOK kostenfrei vorzulegen. Bei fehlenden Unterlagen wird der Fall als „nicht berücksichtigt“ zurückgegeben.
13. Für individuell zu fertigende Hilfsmittel ist, soweit kein Vertragspreis vereinbart wurde, eine detaillierte und nachvollziehbare Beschreibung der Materialien/Bauteile sowie der Fertigungsschritte notwendig. Eine entsprechende kalkulatorische Kostendarstellung ist vorzunehmen.
14. Vor der Versorgung ist eine individuelle Messung der Körpermaße des Anspruchsberechtigten durch den Vertragspartner erforderlich. Dies gilt sowohl für die Abgabe von konfektionierten Orthesen (Halb-/Fertigprodukte) als auch bei der Versorgung mit individuell angefertigten Orthesen (Maßanfertigungen, z. B. nach Gipsabdruck) sowie bei erforderlichen Folgeversorgungen. Als Maßanfertigungen gelten nur in eigener Werkstatt hergestellte Artikel, wobei der Eigenfertigungsanteil nicht von untergeordneter Bedeutung sein darf. Die Messung ist auf dem Maßblatt zu dokumentieren.
15. Der Vertragspartner hat vor der Abgabe der Orthese an den Anspruchsberechtigten die erforderliche/n Anprobe/-n durchzuführen.
16. Der Vertragspartner hat individuell zu fertigende Hilfsmittel nur dann abzugeben, wenn der Arzt sie ausdrücklich verordnet hat und eine Versorgung mit konfektionierten Halb-/Fertigprodukten aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen nicht möglich ist. Die Versorgung mit konfektionierten Orthesen ist selbst dann vorrangig zu prüfen, wenn auf der ärztlichen Verordnung „nach Maß“ aufgeführt ist.
17. Die AOK ist berechtigt weitere Kostenvoranschläge anderer Vertragspartner einzuholen, sofern für das Hilfsmittel kein Vertragspreis vereinbart wurde.
18. Die Versorgung des Anspruchsberechtigten erfolgt entsprechend der medizinisch therapeutischen Anforderungen aufzahlungsfrei. Der Vertragspartner darf vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme von Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V sowie der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V keine Zahlungen fordern.

19. Die Auswahl der Hilfsmittel (10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer) zur wirtschaftlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten obliegt unter Berücksichtigung der ärztlichen Vorgabe grundsätzlich dem Vertragspartner. Sie erfolgt in der Regel unter den im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V gelisteten Produkten und hat sich an den Versorgungsnotwendigkeiten des Anspruchsberechtigten auszurichten. Dabei erfolgt ein herstellerneutraler Produkteinsatz. Soweit nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte eingesetzt werden, ist dies nicht zulässig, wenn diese in Qualität und Ausführung gleichartig und gleichwertig sind.
20. Verlangt der Anspruchsberechtigte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, hat der Vertragspartner ihn über die dadurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld der Versorgung zu informieren und diese mit ihm abzurechnen. Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen. Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift auf der Anlage 7. Diese ist auf Nachfrage der AOK zur Verfügung zu stellen. Im Übrigen gilt die gesetzliche Regelung zu Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V.
21. Der Vertragspartner ist verpflichtet, den Anspruchsberechtigten und/oder dessen Beauftragten und/oder gesetzlichen Vertreter umfassend zu beraten. Hierbei ist die Compliance hinsichtlich der geplanten Versorgung zu ermitteln. Ergibt sich aus der Anpassung/Abgabe des Hilfsmittels, dass mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich das Versorgungsziel nicht erreicht werden kann oder dass der Anspruchsberechtigte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf das Hilfsmittel reagiert, hat der Vertragspartner darüber unverzüglich den Arzt, der die Verordnung ausgestellt hat sowie bei genehmigten Versorgungen, die AOK zu informieren und ggf. die Versorgung zu unterbrechen. Der Arzt prüft, ob eine Änderung oder Ergänzung in der beabsichtigten Hilfsmittelversorgung notwendig ist.
22. Der Vertragspartner hat den Anspruchsberechtigten und/oder dessen Beauftragten und/oder gesetzlichen Vertreter in den Gebrauch und die Pflege der Hilfsmittel einzuweisen.
23. Die Versorgung gilt als abgeschlossen, wenn durch eine abschließende Anprobe die Passgenauigkeit und Funktionsfähigkeit festgestellt und der Erhalt des Hilfsmittels schriftlich durch den Anspruchsberechtigten bestätigt wurde (Tag der Abgabe).
24. Der Vertragspartner ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten und/oder dessen Beauftragten und/oder gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Hilfsmittel unter Angabe des Datums grundsätzlich auf der Rückseite der Verordnung bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig. Die Ausführung von Reparaturen, Änderungen und Instandsetzungen ist ebenfalls durch den Anspruchsberechtigten bzw. dessen gesetzlichen Betreuer mit Unterschrift und Datum nachzuweisen. Bei wieder einsetzbaren Hilfsmitteln ist dafür die Anlage 6 zu nutzen; bei Maßanfertigungen Anlage 4.
25. Hausbesuche im Wohnumfeld des Versicherten und Krankenhausversorgungen/Versorgungen in Rehabilitationseinrichtungen sind Serviceleistungen des Vertragspartners. Mit dem Vertragspreis sind diese Serviceleistungen abgegolten.

## **§ 6 Reparaturen/Änderungen/Instandsetzungen**

1. Bei Reparaturen, Änderungen und Instandsetzungen ist immer der Zeitpunkt der Versorgung des Anspruchsberechtigten mit dem zu reparierenden Hilfsmittel (Monat/Jahr) auf dem Kostenvoranschlag bzw. auf der Rechnung anzugeben. Wenn bei Fremdherstellung die Daten nicht ermittelt werden können, sind diese bei der AOK abzufragen.

2. Die während der Versorgung vorzunehmenden therapeutisch notwendigen Einstellungen der Orthesen, z. B. zur Bewegungslimitierung, gelten grundsätzlich nicht als Reparaturen, Änderungen oder Instandsetzungen. Die damit anfallenden Kosten sind mit dem Vertragspreis/Versorgungspauschale abgegolten.
3. Reparaturen/Änderungen/Instandsetzungen werden ausgeführt, soweit sie gegenüber einer Neuversorgung wirtschaftlich sind.

### **§ 7 Qualität**

1. Die AOK Sachsen-Anhalt ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der dem Vertragspartner nach dem SGB V obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Sie ist berechtigt, sämtliche Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Pflichten aus § 127 Abs. 7 SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung des GKV-SV nach § 127 Abs. 9 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen.
2. Die AOK Sachsen-Anhalt ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Vertragspartner die AOK auf Anforderung unverzüglich detailliert über die an den Anspruchsberechtigten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V.
3. Der Vertragspartner ist zur Mitwirkung an den von der AOK gewählten Prüfungsmaßnahmen verpflichtet. Insbesondere hat er der AOK die für die Prüfung (u. a. für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen) erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.
4. Die AOK ist jederzeit berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in geeigneter Weise zu überprüfen. Hierzu zählen auch Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst (MD), einen vereidigten Sachverständigen für Orthopädietechnik, einen von der AOK beauftragten Orthopädietechniker, Anspruchsberechtigtenbefragungen und Betriebsbegehungen. Betriebsbegehungen erfolgen nach vorheriger Ankündigung.

### **§ 8 Vergütung**

1. Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf Vergütung nach Anlage 9. Der Anspruch auf eine Vergütung besteht, wenn die AOK die Versorgung genehmigt und der Vertragspartner die Versorgungsleistungen nach den Vorgaben dieses Vertrages selbst erbracht hat. Der Anspruch auf eine Vergütung besteht ebenso für nach diesem Vertrag erbrachte genehmigungsfreie Leistungen.
2. Der Vertragspartner hat die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Der Vergütungsanspruch verringert sich um diesen Betrag.
3. Die vereinbarten Preise sind Nettopreise und verstehen sich zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer. Näheres beinhaltet die Anlage 9.
4. Die vereinbarten Preise bzw. genehmigten Vergütungen verstehen sich inklusive aller innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Versorgung notwendigen Änderungen/Nacharbeiten zur Sicherung der Passgenauigkeit und Funktionstüchtigkeit der Orthese.

Dies gilt nicht für Nacharbeiten, die aufgrund von körperlichen Veränderungen des Anspruchsberechtigten oder einer Änderung der therapeutischen Zielsetzung des Arztes erfolgen.

5. Bei Leistungen nach diesem Vertrag, die mit einer Versorgungspauschale vergütet werden (wiedereinsetzbare Orthesen), sind die in Anlage 2.3 genannten Leistungen zu erbringen.

### **§ 9 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**

1. Die AOK hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 MPBetreibV über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers.
2. Der Vertragspartner übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben.
3. Gemäß § 9 Abs. 2 des Vertrages sind folgende Aufgaben vom Vertragspartner zu erbringen:
  - a. Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV.
  - b. Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV.
4. Die Aufwendungen zu 3.a. sind mit den vereinbarten Vergütungen gemäß Anlage 9.1 dieses Vertrages abgegolten. Die Aufwendungen zu 3.b. sind mit den vereinbarten Vergütungen gemäß Anlage 9.2 dieses Vertrages abgegolten.

### **§ 10 Datenschutz, EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)**

1. Der Vertragspartner ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
2. Der Vertragspartner hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
3. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Anspruchsberechtigten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus. Für die Übermittlung der personenbezogenen Daten per E-Mail ist verpflichtend eine zertifizierte Verschlüsselungssoftware zu verwenden.
4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
5. Der Vertragspartner ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datenge-



- heimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Der Vertragspartner unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

### **§ 11 Rechnungslegung und Bezahlung**

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. Für alle nicht DTA-konformen Rechnungen wird eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von fünf Prozent des Rechnungsbetrages nach den Regelungen des § 303 SGB V vorgenommen. Näheres regelt die Anlage 10.
2. Der Vertragspartner hat folgende Unterlagen bei der Abrechnung einzureichen:
  - a) Originalverordnung und
  - b) Kostenübernahmeerklärung (bei genehmigungspflichtigen Produkten) und
  - c) Empfangsbestätigung mit Empfangsdatum des Anspruchsberechtigten und
  - d) Versorgungsdokumentation (bei Maßanfertigungen).

es sei denn, das Imageverfahren findet Anwendung.

In der Abrechnung sind im Feld „Anwendungsort“ die Schlüsselinhalte

- 0 = links
- 1 = rechts oder
- 2 = beidseitig

zu füllen. Mit diesen Angaben wird die zu versorgende Seite übermittelt.

3. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt grundsätzlich innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der kompletten Abrechnungsunterlagen bei der AOK. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag dem inländischen Geldinstitut innerhalb dieser Frist erteilt wird. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder ein gesetzlicher Feiertag verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag). Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
4. Überträgt der Vertragspartner die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle (§§ 398, 399 BGB), 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 10). Der Vertragspartner 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 Vertragspartner haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.
5. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Vertragspartner und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung.

Die schuldbeitreitende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Vertragspartner mit einem Rechtsmangel behaftet ist, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Vertragspartners vor.

6. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 4 übertragen werden soll, ist der Vertragspartner unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des Datenschutzes nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen auszuwählen.

## **§ 12 Beanstandungen und Verjährung**

1. Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtet und der rechnungslegenden Stelle schriftlich mitgeteilt. Die Unrichtigkeiten können innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden. Widerspricht der Vertragspartner 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 Vertragspartners verrechnet werden. Hierüber ist der Vertragspartner schriftlich zu informieren. Ist eine Verrechnung mit Folgerechnungen nicht möglich, sind zurückgeforderte Beträge innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Vertragspartner fällig. Diese Verrechnung ist auch mit einer beauftragten Abrechnungsstelle möglich. Die zurückgeforderten Beträge dürfen dem Anspruchsberechtigten nicht auferlegt werden.
2. Fehler, die zu einer Rechnungsberichtigung führen können z. B. sein:
  - der abgerechnete Preis entspricht nicht den Vertragspreisen bzw. ist nicht vereinbart
  - die Abrechnung übersteigt bzw. entspricht nicht dem vorangegangenen Kostenvoranschlag
  - die vollständigen, zahlungsbegründenden Unterlagen sind nicht beigelegt
  - der gesetzliche Zahlungsbetrag wurde nicht vom Abrechnungsbetrag abgezogen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend, sondern nur beispielhaft.

3. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die AOK den Vertragspartner bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Der Vertragspartner oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.
4. Die AOK ist berechtigt, eigene, fällige Forderungen gegenüber dem Vertragspartner mit Vergütungsansprüchen des Leistungserbringers aufzurechnen. Fällige Forderungen können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Die Übertragung der Abrechnung auf eine Abrechnungsstelle ist ausgeschlossen, wenn hiermit die Aufrechnung verhindert wird.
5. Noch nicht geltend gemachte Forderungen des Vertragspartners aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab dem Tag der Abgabe des Hilfsmittels nach § 5 Abs. 23. Erstattungsansprüche der AOK verjähren nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung.

Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.

6. Es besteht Einvernehmen, dass ein Vertragspartner, 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 Vertragspartner 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.
7. 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 Vertragspartner aufzurechnen (vergl. § 354 a HGB).

### **§ 13 Haftung und Gewährleistung**

1. Der Vertragspartner übernimmt die Gewährleistung dafür, dass die von ihm erbrachten Leistungen frei von sachlichen und rechtlichen Mängeln sind. Es gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Gewährleistungspflicht.
2. Eine Haftung der AOK für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Anspruchsberechtigten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine vorsätzliche oder grob fahrlässige Schadensverursachung durch den Anspruchsberechtigten oder seine Hilfsperson vorliegt.
3. Der Vertragspartner verpflichtet sich, Ansprüche aus Garantieleistungen für die AOK gegenüber dem Hersteller geltend zu machen. Soweit der Vertragspartner Ansprüche aus Garantieleistungen gegenüber seinen Lieferanten besitzt, verpflichtet er sich, diese Garantieleistung bei den Abrechnungen gegenüber der AOK in Abzug zu bringen.
4. Treten innerhalb des Gewährleistungs- oder Garantiezeitraumes Defekte oder Störungen an per Versorgungspauschale bezahlten oder konfektionierten Orthesen (Halb-/Fertigprodukte) auf, welche die Funktionstüchtigkeit der Hilfsmittel beeinträchtigen, ist dem Anspruchsberechtigten durch den Vertragspartner unverzüglich kostenfrei gleichwertiger Ersatz zur Verfügung zu stellen.

### **§ 14 Wettbewerb**

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners sind auf sachliche Informationen abzustellen und dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen. Eine gezielte Beeinflussung der Ärzte und Anspruchsberechtigten, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.
2. Die Vertragsparteien erkennen das Recht des Anspruchsberechtigten auf freie Wahl des Vertragspartners unter Beachtung § 33 Abs. 6 und 7 SGB V an.
3. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken und sonstigen medizinischen Einrichtungen sind unzulässig. Ausgenommen sind Hilfsmittel, die zur Versorgung im Notfall eingesetzt werden. Der § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.

4. Ärztliche Verordnungen dürfen nur in der geeigneten Betriebsstätte des Vertragspartners entgegengenommen werden. Die Durchführung der Versorgung erfolgt grundsätzlich in der Betriebsstätte.
5. Bei der Abgabe von individuell handwerklich gefertigten oder zugerichteten Hilfsmitteln im Zusammenhang mit einer entlassungsbedingten Versorgung sind die Durchführung von Anpassleistungen und die Abgabe im Krankenhaus des ansonsten in eigener Werkstatt gefertigten Hilfsmittels zulässig.
6. Eine Zahlung oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch Vertragspartner ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderen Vorteilen für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen.

### **§ 15 Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen**

1. Verstößt der Vertragspartner schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, kann die AOK nach Anhörung des Vertragspartners:
  - a) eine Verwarnung oder Abmahnung aussprechen,
  - b) bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 2.500,00 Euro pro Versorgungsfall fordern und
  - c) für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes den Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Anspruchsberechtigten ausschließen.
2. Ein schwerwiegender Vertragsverstoß liegt insbesondere vor bei:
  - a) mangelhafter Versorgung, die geeignet ist, die Gesundheit des Anspruchsberechtigten oder die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden,
  - b) Einflussnahme des Vertragspartners auf die Verordnung des verordnenden Arztes
  - c) Änderung der vertragsärztlichen Verordnung,
  - d) Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Anspruchsberechtigte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen,
  - e) Nichterfüllung der fachlichen, personellen oder räumlichen Voraussetzungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung,
  - f) Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen,
  - g) Fälle vollendeten oder versuchten Betruges bzw. Abrechnungsmanipulation zu Lasten der AOK.
3. Verstößt der Vertragspartner gegen die Kennzeichnungspflicht nach dem MPG (Anlage 5), zahlt der Vertragspartner für jedes nicht gekennzeichnete, individuell angefertigte Hilfsmittel zum Ausgleich des erhöhten Verwaltungsaufwandes eine Pauschale in Höhe von 200,00 Euro an die AOK. Die AOK fordert bei Feststellung des Verstoßes den Betrag mit einem Zahlungsziel von 4 Wochen vom Vertragspartner an.

Die Regelung gilt auch für vor Vertragsabschluss genehmigte Hilfsmittel.

4. Über die Maßnahmen in Absatz 1 hinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung oder Schadenersatz, bleiben unberührt. Die Vertragsstrafe kann auch neben einer Verwarnung oder Abmahnung verhängt werden. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.
5. Kann der Vertragspartner aufgrund von ihm zu vertretenden Umständen, wie z. B. Lieferschwierigkeiten oder anderweitige Umstände, eine ordnungsgemäße Versorgung der Anspruchsberechtigten nicht gewährleisten und wird dadurch die Versorgung von Anspruchsberechtigten in unzumutbarer Weise beeinträchtigt oder gefährdet, so ist die AOK berechtigt, einen anderen Vertragspartner mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Die aufgrund dieser Ersatzversorgung entstehenden Mehrkosten hat der Vertragspartner der AOK zu erstatten.

### **§ 16 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 nahekommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

### **§ 17 Schlussbestimmungen**

1. Wird der Vertrag von der Aufsichtsbehörde beanstandet, treten die Parteien in neue Verhandlungen ein. Für Folgevereinbarungen sind die Bestimmungen des § 71 SGB V zu beachten.
2. Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Vertragspartners werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den in § 1 Abs. 3 angegebenen Vertragsbestandteilen, wie auch mündliche Abreden, gelten nur, wenn die AOK sie schriftlich bestätigt hat. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.

### **§ 18 Vertragslaufzeit und Kündigung**

1. Dieser Vertrag tritt am 15.02.2022 in Kraft.
2. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der ärztlichen Verordnung. Alle ab dem 15.02.2022 verordneten Orthesen, Reparaturen und Folgeversorgungen sind nach diesem Vertrag abzurechnen.
3. Der Arbeitsstundenverrechnungssatz beträgt aktuell 64,62 Euro netto. Der Arbeitsminutenverrechnungssatz beträgt somit aktuell 1,08 Euro netto. Der Arbeitsstundenverrechnungssatz und die vertraglich vereinbarten Nettopreise erhöhen sich automatisch zum 15.02.2023 um 2,5 % und zum 15.02.2024 um 2,5 %. Die 2,5%ige Erhöhung erfolgt auf die gerundeten Preise.
4. Sowohl der Vertrag als auch die Anlagen können mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum 14.02.2025 schriftlich gekündigt werden.

5. 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.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
AOK Sachsen-Anhalt  
Die Gesundheitskasse