

**Vertrag  
nach § 127 Abs. 1 SGB V  
über die Versorgung mit Hilfsmitteln der  
Produktgruppe 24 (Beinprothesen) und  
der Produktgruppe 38 (Armprothesen)**

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 -

**Abrechnungscode/Tarifkennzeichen:**

**15 14 338**

## Inhaltsverzeichnis

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

Anlage 1	Leistungsbeschreibungen
Anlage 1.1	Leistungsbeschreibung allgemein
Anlage 1.2	Leistungsbeschreibung PG 24 Beinprothesen
Anlage 1.3	Leistungsbeschreibung PG 24 Beinprothesen Reparaturen
Anlage 2	Kennzeichnung von Sonderanfertigungen (MPG)
Anlage 3	Preislisten/DTA-Anlage
Anlage 3.1	Preisliste PG 24 Beinprothesen
Anlage 3.2	Preisliste PG 24 Beinprothesen Reparaturen
Anlage 4	Beratungsprotokoll Einweisung
Anlage 5	Beratungsprotokoll Mehrkosten
Anlage 6	Profilerhebungsbogen allgemein
Anlage 7	Abrechnungsverfahren nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V - Datenträgeraustausch 7.1 Grundsätze 7.2 Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i. V. m. § 303 SGB V
Anlage 8	Beitrittserklärung
Anlage 9	Eigenerklärungen

## **Präambel**

Mit Inkrafttreten des Vertrages über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 24 und der Produktgruppe 38 werden alle Regelungstatbestände zu Arm- und Beinprothesen aus dem Rahmenvertrag Orthopädietechnik abgelöst, ohne dass es für diesen Rahmenvertrag einer gesonderten Kündigung bedarf. Gleiches gilt für Leistungserbringer nach §127 Abs. 2 SGB V.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt die Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOK mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 24 (Beinprothesen) und der Produktgruppe 38 (Armprothesen) nach § 33 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 1 SGB V.
2. Die Anlage „PG 38 Armprothesen“ wird zeitlich versetzt erstellt und tritt zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft.
3. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute der AOK, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 24 und 38 nach Abs. 1 medizinisch indiziert ist.
4. Die Anlagen 1 - 9 sind Bestandteil des Vertrages.

## **§ 2 Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag gilt für:

1. Die vertragsschließende Partei laut Rubrum und ggf. ihre Mitglieder, sofern diese der vertragsschließenden Partei eine Abschlussvollmacht erteilt haben (Leistungserbringer gemäß §127 Abs. 1 SGB V).
2. Andere Leistungserbringer, sofern sie die Beitrittserklärung (Anlage 8) unterzeichnet haben, unabhängig davon, ob Sie Mitglied einer vertragsschließenden Leistungserbringergesellschaft sind oder nicht (Leistungserbringer gemäß §127 Abs. 2 SGB V).

## **§ 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 in Form der Vorlage einer gültigen Präqualifizierungsbestätigung in den festgeschriebenen Versorgungsbereichen.
2. Die in der Anlage 9 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 Hilfsmitteln 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 Arm- und Beinprothesen 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. Im Falle genehmigungsbedürftiger Leistungen hat der Leistungserbringer den Kostenvoranschlag innerhalb einer Frist von 28 Kalendertagen ab Verordnungsdatum zu erstellen und an die AOK zu übermitteln. Sollte diese Frist nicht eingehalten werden können, ist dies im elektronischen Kostenvoranschlag entsprechend zu begründen.
4. Die Regelungen zur Genehmigungspflicht bzw. -freiheit sind in Anlage 1.1 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. Nicht auf elektronischem Wege übermittelte Anträge/Kostenvoranschläge werden mit einem Abschlag gemäß § 303 SGB V versehen (5 %).
6. Mit dem elektronischen Kostenvoranschlag ist die ärztliche Verordnung als Dokumentenanlage zu übermitteln.
7. Im Feld spezieller Anwendungsort sind die Schlüsselinhalte  
0 = links  
1 = rechts oder  
2 = beidseitig  
zu füllen, sobald dies im elektronischen Kostenvoranschlag möglich ist.  
Mit diesen Angaben wird die zu versorgende Seite übermittelt.
8. Umgang mit fehlenden Unterlagen im EKOVO: Sollten vertraglich geforderte Unterlagen nicht beigefügt sein, werden diese durch die AOK beim Leistungserbringer angefordert. Diese Unterlagen sind vom Leistungserbringer binnen einer Frist von 24 Stunden der AOK zur Verfügung zu stellen. Erfolgt dies nicht fristgerecht, kürzt die AOK für den zusätzlichen Bearbeitungsaufwand am Ende des Bearbeitungsvorgangs einmalig eine Pauschale von 20,00 €.

Sollten die Unterlagen auch nach zweifacher Erinnerung nicht eingehen, wird die Versorgung gegenüber dem Anspruchsberechtigten wegen unvollständiger Unterlagen abgelehnt.

9. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung mindestens den Produktgruppenstandards des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen und der Krankheit bzw. Behinderung des Anspruchsberechtigten voll gerecht werden. Näheres regelt die Anlage 1.1.
10. 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.
11. 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.
12. Bei durch Gutachten eines öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen für Orthopädietechnik nachgewiesenen Fehlversorgungen muss der Leistungserbringer eine kostenfreie Ersatzversorgung vornehmen, die Kosten des vereidigten Sachverständigen tragen, sowie eine Bearbeitungspauschale an die AOK in Höhe von 500,00 € entrichten.
13. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach § 33 Abs. 8 SGB V die Zuzahlung zur Versorgung vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren.
14. Der Leistungserbringer hat vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme der unter Punkt 15 genannten Mehrkosten sowie der gesetzlichen Zuzahlung nach Punkt 13 keine Zahlungen zu fordern.
15. Dem Anspruchsberechtigten ist mindestens eine aufzahlungsfreie Versorgung (siehe § 127 Abs. 1 S. 3 SGB V) in einer zweckmäßigen Ausführung anzubieten. Wünscht der Anspruchsberechtigte eine darüberhinausgehende 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 Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrkosten durch Unterschrift auf der Anlage 5 (Beratungsprotokoll Mehrkosten). Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden.
16. Ein Beratungs- und Einweisungsprotokoll nach § 127 Abs. 4 a SGB V bzw. nach MPBetreibVO ist grds. in allen Fällen zu erstellen. Nicht erforderlich ist dieses Protokoll bei Reparaturen, die keine funktionellen Auswirkungen haben.
17. Die Formulare gemäß Anlage 4 bzw. 5 müssen nicht 1:1 genutzt werden, es ist ausreichend, dass die jeweiligen Inhalte der Formulare enthalten sind. Die Anlagen 4 und 5 sind nicht den Abrechnungsunterlagen beizufügen, sondern verbleiben beim Leistungserbringer. Sie sind der AOK unverzüglich auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.
18. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Leistungen unter Angabe des Datums auf der Verordnung bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.

19. Der Anspruchsberechtigte hat die freie Wahl unter den Leistungserbringern. Falls der Anspruchsberechtigte es ausdrücklich wünscht, unterstützt ihn die AOK bei der Suche nach einem Leistungserbringer.
20. Eine Versorgung der PG 24 bzw. 38 sind keine entlassungsbedingten Versorgungen. Daher werden entlassungsbedingte Verordnungen (auch aus Reha-Einrichtungen) nicht anerkannt. Es ist zulässig, den Anspruchsberechtigten (auch unmittelbar nach Amputation in einer Klinik) über eine eventuell bevorstehende Prothesenversorgung auch ohne ärztliche Verordnung zu beraten und den Anspruchsberechtigten mit einem Beratungsprotokoll an sich zu binden.
21. Für die Fertigung der Prothese ist grundsätzlich ein Zeitraum von drei Monaten vorgesehen. Beginn der Frist ist das Datum der Genehmigung der AOK. Ist eine Fertigung innerhalb der drei Monate nicht möglich, ist dies besonders zu begründen.

## **§ 5 Qualitätssicherung**

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 sowie durch Orthopädietechniker und Orthopädieschuhmacher der AOK und Befragungen der Anspruchsberechtigten. Die AOK ist nach § 127 Abs. 5 a SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringer obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führt die AOK Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der AOK auf Verlangen für die zuvor genannten Prüfungen die erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Anspruchsberechtigten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung im Sinne des § 127 Abs. 4 a SGB V vorzulegen.

## **§ 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 7.
2. Die Abrechnung durchgeführter Versorgungen erfolgt grundsätzlich einmal monatlich. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über ein Abrechnungszentrum erfolgt.
3. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Originalverordnung (ärztliche Verordnung) mit Empfangsbestätigung einzureichen, es sei denn, das Imageverfahren findet Anwendung (siehe Punkt 9).
4. Im Feld spezieller Anwendungsort sind die Schlüsselinhalte  
3 = links  
4 = rechts oder  
5 = beidseitig  
zu füllen.  
Mit diesen Angaben wird die zu versorgende Seite übermittelt.

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 7.2). 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.
9. Rechnungslegung mit Imagelieferung:  
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.  
Es ist eine Lieferung von papierlosen Belegen (Images) geboten, soweit die AOK dies verlangt. Die Einzelheiten, vor allem die Dauer der Vorlaufzeit, wird individuell zwischen den Leistungserbringern festgelegt, sobald die AOK dies verlangt.

## **§ 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. Daraus resultierende Rückforderungen werden dem Leistungserbringer in Rechnung gestellt. Zahlt er in der aufgeforderter Frist nicht oder widerspricht er der Zahlungsaufforderung in der gesetzten Frist nicht ist die AOK berechtigt, den Rückforderungsbetrag mit Folgerechnungen des Leistungserbringers zu verrechnen. 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. Zurückgeforderte Beträge sind 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 bzw. ist nicht vereinbart
  - die Abrechnung übersteigt bzw. entspricht nicht dem vorangegangenen Kostenvoranschlag
  - die vollständigen, zahlungsbegründenden Unterlagen nach § 6 Abs. 3 sind nicht beigefügt
  - der gesetzliche Zuzahlungsbetrag wurde nicht vom Abrechnungsbetrag abgezogen.
4. Noch nicht geltend gemachte Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab dem Tag der Abgabe des Hilfsmittels nach § 4 Abs. 16.
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**

1. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers 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. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Arzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht gestattet.



3. Es ist unzulässig, Ärzte oder Anspruchsberechtigte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung von Hilfsmitteln zu veranlassen oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben.

## **§ 9 Datenschutz**

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 28 Abs. 3 Buchst. c, Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO dergestalt herzustellen und einzuhalten, wie es auch für die AOK gelten würde.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdende Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, persönliche Daten der Anspruchsberechtigten 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.
4. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftrags Erfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Danach sind sie rückstandslos zu löschen.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß der Artikel 28 Abs. 3 Buchst. b, 29, 32 Abs. 4 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 (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht der für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Für die Übermittlung der personenbezogenen Daten per E-Mail ist verpflichtend eine zertifizierte Verschlüsselungssoftware zu verwenden.

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

1. Die AOK hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers.
2. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben.
3. Gemäß der Nr. 2 sind folgende Aufgaben vom Leistungserbringer zu erbringen:
  - a. Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV. Diese Einweisung ist in geeigneter Form zu dokumentieren und der AOK auf Verlangen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.
  - b. Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV.
  - c. Führen des Bestandsverzeichnisses der jeweiligen Betriebsstätte gemäß § 13 MPBetreibV
4. Die Hilfsmittel gemäß Anlage 3.1 dieses Vertrages stellen i. S. d. MPBetreibV einfache nicht implantierbare Medizinprodukte (einfache aktive Medizinprodukte) dar und sind nicht der Anlagen 1 oder 2 der MPBetreibV zuzuordnen.

5. Die Aufwendungen sind mit den vereinbarten Vergütungen gemäß Anlage 3.1 und Anlage 3.2 dieses Vertrages abgegolten.

## **§ 11**

### **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 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.

## **§ 12**

### **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 drei Prozent 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
  - Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Anspruchsberechtigte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen
  - wiederholten schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen in § 9
  - vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der AOK
  - handwerklichen Tätigkeiten in Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen
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. Darüberhinausgehende 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, wird die LIOT in die Festsetzung der Sanktionen einbezogen, wenn der Betrieb nicht widerspricht.

### **§ 13 Laufzeit und Kündigung**

1. Dieser Vertrag tritt am 15.12.2019 in Kraft. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist
  - der Tag der ärztlichen Verordnung
  - oder bei genehmigungspflichtigen Reparaturen der Tag des Kostenvoranschlages
  - oder bei genehmigungsfreien Reparaturen der Tag der Reparatur beziehungsweise das Empfangsdatum des Anspruchsberechtigten.

Der Arbeitsstundenverrechnungssatz beträgt aktuell 61,50 € netto. Der Arbeitsminutenverrechnungssatz beträgt somit 1,025 € netto. Der Aufschlagssatz auf PASTEILE beträgt 20 Prozent. Dieser Aufschlag ist aktuell auf 3.000 € netto je Versorgungsfall gedeckelt. Der Arbeitsstundenverrechnungssatz/die Pauschalvergütungen/der Deckel erhöhen sich automatisch um 2,5 Prozent zum 01.12.2020, um 2,5 Prozent zum 01.12.2021 und um 2,5 Prozent zum 01.12.2022.

2. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.11.2023 schriftlich gekündigt werden.
3. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages und können mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 30.11.2023 schriftlich gekündigt werden.
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 Hilfsmittelverzeichnisses geändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung dieses Vertrages berechtigt.

Die Leistungserbringer verständigen sich darauf, bei unvorhersehbaren Kostensteigerungen bedingt durch die Umstellung der Preisstruktur unverzüglich Gespräche aufzunehmen, um die Ursachen zu klären und deren Behebung zu vereinbaren.

### **§ 14 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.

**§ 15**  
**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

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

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

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