

## **Vertrag**

### **gemäß § 127 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**

#### **über die Versorgung mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen (Teilsegment: fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen und fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen der Produktgruppe 32 des Hilfsmittelverzeichnisses) in der Fassung vom 01.11.2025**

zwischen der

**AOK Baden-Württemberg  
AOK Bremen/Bremerhaven  
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
AOK Nordwest – Die Gesundheitskasse  
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

vertreten durch den

**AOK-Bundesverband eGbR  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin**

- im Folgenden AOK genannt -

und dem

**Verband CPM Therapie e. V.  
c/o Kanzlei Dr. Schütze  
Semerteichstraße. 92  
44263 Dortmund**

- im Folgenden Verband genannt -

- gemeinsam im Folgenden „Vertragsparteien“ genannt -

**Inhaltsverzeichnis:**

§ 1 Gegenstand .....	3
§ 2 Geltungsbereich.....	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen .....	3
§ 4 Anspruchsberechtigung .....	4
§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung .....	4
§ 6 Art und Umfang der Versorgungsleistung .....	6
§ 7 Qualität.....	9
§ 8 Einsatz von Unterauftragnehmern .....	10
§ 9 Datenschutz .....	10
§ 10 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz, Betriebsaufgabe.....	10
§ 11 Unzulässiges Verhalten.....	11
§ 12 Leistungsstörungen, Vertragsverstöße .....	12
§ 13 Vertragsstrafe.....	12
§ 14 Vergütung.....	13
§ 15 Abrechnung .....	14
§ 16 Beanstandungen und Verjährung.....	16
§ 17 Inkrafttreten und Kündigung .....	17
§ 18 Schlussbestimmungen.....	18
§ 19 Salvatorische Klausel .....	18

## **§ 1 Gegenstand**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die mehrkostenfreie Versorgung von Versicherten oder Betreuten gemäß § 264 SGB V der AOK (nachfolgend Versicherte genannt) mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 32 des Hilfsmittelverzeichnisses (Teilsegmente: fremdkraftbetriebene Kniebewegungsschienen - 32.04.01.0; fremdkraftbetriebene Schulterbewegungsschienen - 32.09.01.0) gemäß § 33 SGB V. Dies schließt alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen ein (z. B. Service- und Dienstleistungen).
- (2) Die Behandlung mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen kann als Ergänzung von Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik) in einem zeitlich abgestuften Einsatz erfolgen. Sie kann und darf die physikalische Therapie nicht ersetzen. Die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.
- (3) Eine konservative Therapie mit einer fremdkraftbetriebenen Knie-/ Schulterbewegungsschiene im Sinne des G-BA-Beschlusses vom 20.06.2019 findet Anwendung, wenn eine Operation des Versicherten vermieden werden kann bzw. eine Operation des Versicherten aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- (4) Die Anlagen 1 bis 4 sind Bestandteil des Vertrages.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt:

- (1) Für die im Rubrum aufgeführten AOken.
- (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 4 Beitrittserklärung).
- (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 4).

## **§ 3 Leistungsvoraussetzungen**

- (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 4 der AOK nachzuweisen. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt nach § 127 Absatz 2 SGB V beitrittsberechtigter 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**

- (1) 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**

- (2) Der Vertragspartner (beigetretener Leistungserbringer, vgl. § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V) 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.
- (3) Der Vertragspartner garantiert die mehrkostenfreie 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. Der Vertragspartner darf in der Versorgung neue als auch wiederaufbereitete Hilfsmittel einsetzen (gemäß Ziffer 6 der Anlage 1 Leistungsbeschreibung des Vertrages).
- (4) Der Vertragspartner behandelt alle Versicherten der AOK nach den gleichen Grundsätzen. Der Vertragspartner ist nicht berechtigt, eine Versorgung nach diesem Vertrag, insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen, abzulehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Vertragspartner und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse unzumutbar ist.
- (5) Der Vertragspartner 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 Vertragspartner hat die Beratung grundsätzlich schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift des Anspruchsberechtigten bestätigen zu lassen. Der Dokumentationsbogen aus der Rahmenempfehlung zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V vom 19.11.2019 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist zu nutzen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems mehrkostenfrei an den Versicherten abgegeben werden. Auf Verlangen der AOK ist die Dokumentation unverzüglich vorzulegen.
- (6) Der Vertragspartner ist Eigentümer der im Rahmen von Versorgungspauschalen an den Versicherten abgegebenen Hilfsmittel und informiert den Versicherten über die damit verbundenen Rechte und Pflichten aus dem Eigentum (Anlage 2 Empfangsbestätigung).

Eigene Empfangsbestätigungen des Vertragspartners, deren Inhalte der Anlage 2 entsprechen, können verwendet werden. Dazu gehört insbesondere die Information zum bestimmungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels, der sachgerechten Behandlung und Pflege. Verursacht der Versicherte fahrlässig oder vorsätzlich Schäden am Hilfsmittel oder weigert sich dieser das Hilfsmittel, trotz mehrmaliger schriftlicher Aufforderung, nach Beendigung der Therapie zurückzugeben oder bei Verlust des Hilfsmittels durch den Versicherten, so ist dieser schadensersatzpflichtig. Ferner ist zu informieren, dass das Hilfsmittel keinem Dritten zur Nutzung zu überlassen, nicht verliehen, verkauft, übereignet, verpfändet oder entsorgt werden darf. Ergänzend teilt der Vertragspartner dem Versicherten mit, dass der Vertragspartner (u. a. bei einem Wohnortwechsel, bei einem Wechsel der Krankenkasse, bei notwendigen Reparaturen an dem Hilfsmittel oder wenn das Hilfsmittel nicht mehr benötigt wird) unverzüglich vom Versicherten zu benachrichtigen ist.

- (7) Der Vertragspartner verpflichtet sich, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere die Zertifizierung DIN EN ISO 13485:2016 ff, die einschlägigen rechtlichen Bestimmungen und Vorschriften des Gesetzes zur Durchführung unionsrechtlicher Vorschriften betreffend Medizinprodukte (MPDG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), die Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI), die Herstellervorgaben zu den jeweiligen Produkten sowie die Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu beachten. Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Vertragspartners gegen vorbenannte Vorschriften gehen zu Lasten des Vertragspartners.
- (8) Der Vertragspartner hat die Pflichten des Betreibers gem. § 3 Abs. 3 MPBetreibV wahrzunehmen, er übernimmt gem. § 3 Abs. 2 S. 2 MPBetreibV, die dem Versorgenden obliegenden Betreiberpflichten nach Maßgabe nachfolgender Regelungen. Die aus den Pflichten der MPBetreibV resultierenden Aufgaben umfassen insbesondere, sofern für die jeweilige Versorgung zutreffend,
- die Erfüllung der allgemeinen Anforderungen (§ 4 MPBetreibV) sowie die umfassende Einweisung der Versicherten und/oder deren betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch,
  - die Instandhaltung, dies sind Instandhaltungsmaßnahmen wie Inspektionen und Wartungen und die Instandsetzung, nach § 7 MPBetreibV,
  - die Durchführung der Funktionsprüfung, Einweisung und Dokumentation nach § 11 MPBetreibV,
  - das Führen eines Medizinproduktbuchs nach § 13 MPBetreibV
  - das Führen des Bestandsverzeichnisses nach § 14 MPBetreibV.

Gesetzliche Änderungen sind automatisch auf diesen Vertrag anzuwenden, ohne dass es einer erneuten schriftlichen Vereinbarung bzw. Änderung bedarf. Die dafür erforderlichen Aufgaben des Vertragspartners sind mit der vereinbarten Vergütung abgegolten.

- (9) Der Vertragspartner hat zur ordnungsgemäßen Ausführung der vertraglichen Leistungen fachlich qualifiziertes Personal im erforderlichen Umfang einzusetzen und die notwendigen sachlichen Mittel bereitzustellen. Die zur Versorgung erforderlichen Hilfsmittel, Ersatzteile, Zubehör, Verbrauchsmaterial und sonstigen Arbeitsmittel hält der Vertragspartner in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor. Auch die Vertretung von Mitarbeitern ist zu gewährleisten. Die Mitarbeiter, die die Versorgung der Versicherten übernehmen, müssen für die Beratung sowie Einweisung in die sachgerechte Anwendung der Hilfsmittel fachlich geschult und zur Abgabe entsprechender Hilfsmittel durch den Hersteller berechtigt sein (Medizinprodukteberater/in). Dies erfolgt insbesondere durch die regelmäßige Teilnahme (mindestens einmal jährlich) 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 und/oder Beratung von Versicherten mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen sowie hygienische Kenntnisse in der häuslichen Hilfsmittelnutzung verfügen. Die regelmäßigen Schulungen beinhalten insbesondere medizinische Grundlagen (z. B. Anatomie, Physiologie) und die hygienische Wiederaufbereitung nach Herstellervorgaben. Der Vertragspartner hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der personellen Voraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise (z. B. Kopie Qualifikationsnachweis oder vorliegende DIN EN 13485) kostenfrei und unverzüglich 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 Vertragspartner ist für das Beibringen der Verordnung im Original zuständig. Neben den Verordnungen (Muster 16) zugelassener Vertragsärzte akzeptiert die AOK auch Entlassverordnungen gemäß § 6a HilfsM-RL (Muster 16 mit Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“) von Ärzten aus zugelassenen stationären oder teilstationären Einrichtungen („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Absatz 1a Satz 6 SGB V oder § 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V tätig sind, sofern das Hilfsmittel im Einzelfall zur Entlassung benötigt wird.
- (2) Die ordnungsgemäße Verordnung muss insbesondere folgende Informationen enthalten:
  - a) Bezeichnung der AOK,
  - b) Kassensummer,
  - c) Diagnose,
  - d) Allgemeine Hilfsmittelbezeichnung oder Produktart bzw. 7-stellige Hilfsmittelnummer (sofern Angaben nicht ausreichend sind, ist eine Rücksprache des Vertragspartners mit dem verordnenden Arzt zwingend erforderlich; § 7 Absatz 2 des Vertrages),
  - e) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
  - f) Versichertennummer des Versicherten,
  - g) Vertragsarztnummer oder lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer des verordnenden Arztes, oder bei Entlassverordnungen das Institutionskennzeichen (IK) der stationären oder teilstationären Einrichtung,
  - h) Ausstellungsdatum,
  - i) Status des Versicherten (soweit zutreffend),
  - j) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 7 des Verordnungsblattes (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 bzw. Telefonnummer der stationären oder teilstationären Einrichtung.
- (3) Die Verordnung gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist. Sie ist nicht übertragbar. Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen, bei Entlassverordnungen nicht innerhalb von 7 Tagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.
- (4) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, sofern die Fälschung

oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt vom Vertragspartner erkennbar war.

- (5) 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.
- (6) Die Abgabe eines Hilfsmittels (Erstversorgung) als auch die Folgeversorgung bedarf grundsätzlich der Genehmigung durch die AOK (gemäß Anlage 3 Vergütung). Ein Anspruch auf eine nachträgliche Genehmigung und Vergütung besteht nicht. Die AOK ist jederzeit berechtigt, einseitig auf eine Genehmigung ganz oder teilweise gegenüber dem einzelnen Vertragspartner zu verzichten, nachdem sie den Vertragspartner darüber schriftlich informiert hat.
- (7) Die AOK behält sich vor, den Genehmigungsverzicht gegenüber dem einzelnen Vertragspartner ganz oder teilweise mit einer Frist von 28 Tagen für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.
- (8) Die Übermittlung der erforderlichen Daten und Unterlagen erfolgt auf elektronischem Weg. Im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Systeme (z. B. elektronischer Kostenvoranschlag, elektronische Abrechnung inklusive Beleganlieferung als signiertes Image, elektronische Hilfsmittelverordnung) können zwischen dem Verband/Vertragspartner und der AOK anderweitige Absprachen getroffen werden.
- (9) Beim elektronischen Kostenvoranschlag (eKVA) ist der Kostenvoranschlag in der von der jeweiligen AOK vorgesehenen Form zu übermitteln. Weiterführende Informationen zum eKVA sowie die allgemeinen und fachlichen Liefervorgaben der jeweiligen AOK sind im AOK Gesundheitspartner-Portal abrufbar (<https://www.aok.de/gp>).

Der elektronische Kostenvoranschlag muss folgende Mindestangaben enthalten:

- Name, Anschrift und IK des Vertragspartners,
  - Versichertendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer),
  - Hilfsmittelpositionsnummer (mindestens 7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer) bzw. kassenspezifische Positionsnummer gemäß Anlage 3,
  - Hilfsmittelbezeichnung,
  - Hilfsmittelkennzeichen (gemäß Anlage 3),
  - Abrechnungscode/Tarifkennzeichen,
  - Vertragspreis in Euro (ohne Umsatzsteuer),
  - Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten (soweit zutreffend).
- (10) Die Verordnung ist dem elektronischen Kostenvoranschlag als Image beizufügen. Dabei achtet der Vertragspartner darauf, dass sämtliche Angaben enthalten sind. Dazu gehören insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versichertennummer, Angaben zur Krankenkasse, sowie zur Zuzahlungspflicht des Versicherten und Angaben zum verordnenden Arzt. Ggf. auf der Verordnung fehlerhafte und/oder fehlende Angaben können vom Vertragspartner im Kostenvorschlag ergänzt werden. Der Vertragspartner ist zur Nachprüfung der Angaben auf der Verordnung nicht verpflichtet. Enthält die Verordnung einen für den Vertragspartner erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Hilfsmittel erst abgegeben werden, nachdem die Unklarheit beseitigt ist.
  - (11) Zeigt die AOK dem Vertragspartner fehlerhaft oder unvollständig eingereichte Unterlagen an (z. B. Verordnung, Kostenvoranschlag, Dokumentationsunterlagen), hat der Vertragspartner diese in der von der AOK genannten Frist korrekt und vollständig nachzurichten.

- (12) Der Vertragspartner erhält im Fall der Genehmigung bzw. der Ablehnung den Kostenvoranschlag unverzüglich mit dem Genehmigungs-/ Ablehnungsvermerk der AOK zurück.
- (13) Der Erstversorgungszeitraum (Erstversorgungspauschale) beginnt mit der Abgabe des Hilfsmittels (Datum und Unterschrift des Versicherten auf der Empfangsbestätigung) in der Häuslichkeit des Versicherten sowie mit der Gewährung der vollständigen Nutzungsmöglichkeit des Hilfsmittels nach Maßgabe dieses Vertrages.

Eine Folgeversorgung liegt vor, wenn nach Ablauf des Vergütungszeitraums der Erst-/ Folgevergütungspauschale auf der Grundlage einer Verordnung das Hilfsmittel, Zubehör und/oder Verbrauchsmaterial weiterhin benötigt werden.

- (14) Aktuell laufende Versorgungen des Vertragspartners, die vor dem Inkrafttreten dieses Vertrages von der AOK genehmigt und vergütet wurden, sind vom Vertragspartner bis zum Ende des für den jeweiligen Versicherten betreffenden Versorgungszeitraumes gemäß der bisherigen vertraglichen Regelungen zu leisten. Die Regelungen zur Genehmigungspflicht/Genehmigungsfreiheit gemäß § 6 Absatz 6 sowie der zutreffenden Anlage 3 sind zu beachten.
- (15) Die erneute Aufnahme der Versorgung bzw. die Umversorgung auf ein anderes Hilfsmittel innerhalb eines laufenden Versorgungszeitraumes auf der Grundlage der bisherigen oder einer neuen Verordnung mit gleicher Diagnose begründet keinen neuen Versorgungszeitraum, soweit die Versorgung mit einem Hilfsmittel derselben Produktart erfolgt.
- (16) Der Versorgungszeitraum endet vorzeitig insbesondere im Fall der Beendigung der Mitgliedschaft, der Änderung der Zuständigkeit der Kostenträgerschaft, des Wegfalls der Versorgungsnotwendigkeit des Versicherten und/oder des Wechsels des Versicherten zu einem anderen Vertragspartner. Beim Wechsel des Vertragspartners ist eine Wahlrechtserklärung des Versicherten einzureichen. Ein Wechsel kann nur in die Zukunft gerichtet (z. B. nach Abschluss der Erstversorgungspauschale) erfolgen (§ 6 Absatz 6, 9 des Vertrages ist zu beachten).
- (17) Soweit der Versorgungszeitraum (Erstversorgungszeitraum bzw. Folgeversorgungszeitraum) über das Vertragsende gemäß § 17 des Vertrages hinaus fortdauert, wirken die vertraglichen Pflichten des Vertragspartners bis zum Ende des von der jeweiligen Versorgungspauschale abgedeckten Versorgungszeitraums fort. Bei Insolvenz, Betriebsaufgabe oder -veräußerung sorgt der Vertragspartner für die Weiterführung der begonnenen Versorgungen durch einen gemäß §§ 126, 127 SGB V zur Versorgung berechtigten Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach § 3 des Vertrages erfüllt. Der Vertragspartner informiert die AOK unverzüglich unter Angabe aller laufenden Versorgungsfälle und hat die Nachweise des weiterversorgenden Vertragspartners zur Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 des Vertrages unaufgefordert vorzulegen. § 12 des Vertrages ist zu beachten.
- (18) Die Auswahl des zu liefernden Hilfsmittels (mit 10-stelliger Hilfsmittelpositionsnummer oder gleichwertig) durch den Vertragspartner hat gemäß der Verordnung und der vom Arzt vorgegebenen Behandlungsparameter zu erfolgen. Dabei sind die anatomischen Gegebenheiten des Versicherten zu berücksichtigen, das therapeutische Ziel, die Fähigkeitsstörungen und körperliche Belastbarkeit des Versicherten sowie die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen. Die Hilfsmittel-Richtlinie in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.
- (19) Bei der Auswahl des Hilfsmittels steht es dem Vertragspartner grundsätzlich frei, ein im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V gelistetes oder ein nicht gelistetes Produkt

zur Versorgung des Versicherten einzusetzen. Die medizinischen und technischen Anforderungen an die Qualität und die Ausführung des Hilfsmittels zur jeweiligen Produktart gemäß Hilfsmittelverzeichnis stellen Mindestanforderungen für die abzugebenden Hilfsmittel dar.

- (20) Für den Fall, dass der Vertragspartner ein nicht gelistetes Produkt liefern will, ist er verpflichtet, der AOK vor dem erstmaligen Versorgungseinsatz mit diesem Produkt einen Gleichwertigkeitsnachweis zur Genehmigung vorzulegen. Dieser Gleichwertigkeitsnachweis hat drei Bestandteile:
- Bescheinigung einer unabhängigen Prüfstelle in deutscher Sprache, aus der hervorgeht, dass das ausgewählte Hilfsmittel gleichwertig ist, d. h. die Mindestanforderungen an Qualität und Ausführung sowie medizintechnische Anforderungen gemäß den Vorschriften des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllt,
  - die technische Produktbeschreibung des Hilfsmittels,
  - formloses Anschreiben des Vertragspartners über den geplanten Versorgungseinsatz eines nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produktes.
- (21) Die AOK behält sich vor, den Einsatz von Produkten abzulehnen, soweit der Nachweis der Gleichwertigkeit nicht eindeutig geführt ist. In diesem Fall ist der Vertragspartner zur Versorgung bzw. Lieferung eines gelisteten Hilfsmittels verpflichtet.
- (22) 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 Medizinischen Dienst gemäß § 275 SGB V, Befragungen der Versicherten und Besichtigungen der Betriebsstätte(n) des Vertragspartners. Der Vertragspartner gestattet der AOK innerhalb der Betriebszeiten, nach vorheriger Terminabsprache, den ungehinderten Zutritt zur Betriebsstätte und die Einsichtnahme in die Dokumentation der erbrachten Leistungen.
- (3) Die AOK ist nach § 127 Absatz 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Vertragspartner obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen.
- (4) Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führt die AOK Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. Der Vertragspartner 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 Absatz 4 des Vertrages ist dabei zu beachten.
- (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 Vertragspartner ist berechtigt, Unterauftragnehmer bei der Leistungserbringung einzusetzen. Diese sind Erfüllungsgehilfen gemäß § 278 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).
- (2) Der Vertragspartner darf die Ausführung der Leistung oder wesentliche Teile davon nur mit Genehmigung der AOK an Unterauftragnehmer übertragen. Die Genehmigung ist nicht erforderlich bei unwesentlichen Teilleistungen oder solchen Teilleistungen, auf die der Betrieb des Vertragspartners nicht eingerichtet ist. Unwesentliche Teilleistungen sind die Übertragung von Post- und Versandleistungen. Der Hersteller, von dem der Vertragspartner Hilfsmittel bezieht, ist grundsätzlich kein Unterauftragnehmer, es sei denn, dieser wird wie ein Leistungserbringer im Sinne des § 126 SGB V tätig.
- (3) Der Einsatz von Unterauftragnehmern bei wesentlichen Teilleistungen darf die Eignung des Vertragspartners nach den Bestimmungen des Vertrages nicht beeinträchtigen. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Unterauftragnehmer selbst ungeeignet ist oder begründete Bedenken bestehen, dass mehrere Unterauftragnehmer koordiniert werden können.
- (4) Der Vertragspartner hat dafür Sorge zu tragen, dass die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen auch von seinen Unterauftragnehmern eingehalten werden. Die Einhaltung der Pflichten aus diesem Vertrag ist vom Vertragspartner halbjährlich zu überprüfen und zu dokumentieren. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern haftet der Vertragspartner für die ordnungsgemäße Gesamtabwicklung der Versorgung.

## **§ 9 Datenschutz**

- (1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten und jederzeit einzuhalten. Insbesondere die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach §§ 61 – 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen, wie das Bundesdatenschutzgesetz, das Sozialgesetzbuch V und X, die EU-DSGVO in der jeweils geltenden Fassung. Die Vertragspartner stellen sicher, dass diese Bestimmungen ihrem Personal bekannt gegeben werden und überwachen deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt in gleicher Weise auch für eine von ihnen beauftragte Abrechnungsstelle. Insbesondere sind zu schützende Daten vor jeglichem Zugriff durch Unbefugte und Dritte zu schützen und jegliche Weitergabe an Dritte ist untersagt.

## **§ 10 Gewährleistung, Haftung, Insolvenz, Betriebsaufgabe**

- (1) Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der Auslieferung durch den Vertragspartner und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.
- (2) Die Gewährleistung bestimmt sich nach den einschlägigen Bestimmungen des BGB.
- (3) Gewähren die Hersteller bzw. Lieferanten oder Importeure von Hilfsmitteln eine Garantie, stellt der Vertragspartner gegenüber der AOK und dem Versicherten keine Ansprüche, soweit er sich aus der Garantie schadlos halten kann. Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Garantie zu nutzen.
- (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. Gleches gilt für gewährte Herstellergarantien auf neu eingebaute Teile.

- (5) Der Vertragspartner haftet für Schäden nach den gesetzlichen Bestimmungen. Er muss sich das Verschulden etwaiger Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen zurechnen lassen.
- (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.
- (7) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungen von Versicherten der AOK zu übermitteln.
- (8) Für Mitgliedsbetriebe des Verbandes wird die Sicherheitsleistung durch den Verband erbracht. Dieser verpflichtet sich dabei gegenüber der AOK für die bereits begründeten Verpflichtungen des betroffenen Vertragspartners einzustehen. Der Verband erfüllt diese Verpflichtung dadurch, dass einer seiner beigetretenden Mitgliedsbetriebe die Versorgungen des vom Leistungshindernis betroffenen Vertragspartners übernimmt und diese, ohne erneute Berechnung einer Versorgungspauschale, bis zum Ende des jeweiligen Pauschalzeitraumes weiterführt.

## **§ 11 Unzulässiges Verhalten**

- (1) Der Vertragspartner 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 Vertragspartnern dieses Vertrages. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 7 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner der AOK einen erheblichen Mehraufwand verursacht (z. B. wiederholte Mängel in der Datenqualität von Kostenvoranschlägen

und/oder Abrechnungsunterlagen), gibt sie ihm Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung). Sofern der erhebliche Mehraufwand durch Qualitätsmängel weiterhin besteht, ist die AOK berechtigt, für diesen Mehraufwand eine Aufwandsentschädigung vom Vertragspartner von vier Prozent des Nettorechnungsbetrages zu verlangen.

## § 12 Leistungsstörungen, Vertragsverstöße

- (1) Kann der Vertragspartner aufgrund ihm bzw. seiner Risikosphäre zuzurechnender Umstände - wobei es auf ein etwaiges Verschulden nicht ankommt, wie z. B. Lieferschwierigkeiten 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 Vertragspartners berechtigt, ersatzweise einen Dritten mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Der Vertragspartner hat der AOK entstehende Mehrkosten aufgrund dieser Ersatzversorgung zu erstatten.
- (2) Besteht der Verdacht auf Verstöße des Vertragspartners 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 Vertragspartner 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 vier Prozent des Nettorechnungsbetrages im Rahmen dieses Vertrages festgesetzt werden. Die Berechnung des Nettovertragswertes erfolgt anhand des Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger Monate vor, so erfolgt die Berechnung anhand des Nettovertragswertes dieser Monate. Die Höhe der Vertragsstrafe unterliegt im Streitfall gerichtlicher Überprüfung. Die Sanktionen erfolgen unter der Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Verwarnung bzw. Abmahnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- (3) 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 durch die AOK eine angemessene Vertragsstrafe in Höhe von maximal vier Prozent des jährlichen Nettovertragswertes im Rahmen dieses Vertrages festgesetzt werden. Die Berechnung des Nettovertragswertes erfolgt anhand des Auftragswertes der letzten zwölf Monate vor dem ersten Vertragsverstoß. Liegen weniger Monate vor, so erfolgt die Berechnung anhand des Nettovertragswertes 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 Vertragspartner 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 verscheidenartige Verstöße) erhöht sich die Strafe in angemessener Weise, jedoch auf insgesamt maximal fünf Prozent des durchschnittlichen Netto gesamtauftragswertes im Rahmen dieses Vertrages in den vergangenen zwölf Monaten, wobei die Gesamthöhe im Streitfall einer gerichtlichen Überprüfung unterliegt. Die Berechnung des Netto gesamtauftragswertes 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 schwerwiegenderen 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 Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung nach diesem Vertrag ausschließen.
- (5) Die AOK gibt dem Vertragspartner vorab Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme (Anhörung).
- (6) Unabhängig von der Vertragsstrafe ist der Vertragspartner verpflichtet, sofern er gegen seine Beratungspflicht hinsichtlich der Mehrkosten (vgl. § 5 Absatz 5) 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) Sonstige darüberhinausgehende Ansprüche bleiben unberührt.

## **§ 14 Vergütung**

- (1) Die Vergütung (Nettopreise, zzgl. Umsatzsteuer) ist der Anlage 3 zu entnehmen.
- (2) Der Vertragspartner erhält für seine vertraglichen Leistungen pro Versorgungsfall eine pauschale Vergütung für den jeweiligen Versorgungszeitraum (Erst- bzw. Folgeversorgungszeitraum).
- (3) Mit der Vergütung sind alle vertraglichen Leistungen zur Versorgung der Versicherten (einschließlich der in Anlage 1 zu diesem Vertrag – Leistungsbeschreibung benannten Leistungen) für den jeweiligen Versorgungszeitraum abgegolten.
- (4) Der Vergütungsanspruch des Vertragspartners entsteht, mit der Genehmigung der AOK zur Versorgungsleistung (soweit zutreffend), mit der Bereitstellung und Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten (Datum Empfangsbestätigung des Versicherten, vgl. § 15 Absatz 4 des Vertrages) und Gewährung der vollständigen Nutzungsmöglichkeit nach Maßgabe der Anlage 1 dieses Vertrages.
- (5) Der Vergütungsanspruch des Vertragspartners für die Folgeversorgungspauschale entsteht mit der Genehmigung der AOK zur Versorgungsleistung (soweit zutreffend), mit

der weiteren Bereitstellung des Hilfsmittels an den Versicherten und Gewährung der vollständigen Nutzungsmöglichkeit nach Maßgabe der Anlage 1 dieses Vertrages.

- (6) Der Vertragspartner hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des § 33 Absatz 8 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V die gesetzliche Zuzahlung zur Hilfsmittelversorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Eine darüberhinausgehende Kostenbeteiligung des Versicherten ist unzulässig und darf vorbehaltlich der Regelung in Absatz 7 weder gefordert noch angenommen werden. Der Vergütungsanspruch gegenüber der AOK verringert sich um den Zuzahlungsbetrag. Die Kürzung ist in der Rechnung gemäß § 15 des Vertrages gesondert auszuweisen.
- (7) Durch den Vertragspartner ist die mehrkostenfreie Versorgung sicherzustellen. Wünscht der Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, hat der Versicherte gemäß § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. Der Vertragspartner kann solche Mehr- und höhere Folgekosten nicht der AOK in Rechnung stellen. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich schriftlich gefordert hat. Rechnet der Vertragspartner Mehr- und höhere Folgekosten im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 9 SGB V gegenüber dem Versicherten ab, hat er den Versicherten vorher schriftlich zu informieren, dass die AOK die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt und die Aufklärung in geeigneter Form zu dokumentieren. Auf Anforderung der AOK hat der Vertragspartner die Erklärung des Versicherten über die Zahlung von Mehrkosten kostenfrei vorzulegen. Die Eigenerklärung des Versicherten zu Mehrkosten bewahrt der Vertragspartner gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der AOK nach Anforderung unverzüglich zur Verfügung.

## § 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,
  - Vertragsarztnummer oder lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer des verordnenden Arztes oder bei Entlassverordnungen das Institutionskennzeichen (IK) der stationären oder teilstationären Einrichtung,
  - Hilfsmittelbezeichnung einschließlich der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer oder kassenspezifische Positionsnummer (sofern das Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist),
  - Hilfsmittelkennzeichen (gemäß Anlage 3),
  - Genehmigungsnummer der AOK (soweit zutreffend),
  - Genehmigungsdatum der AOK (soweit zutreffend),
  - Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK),
  - Versorgungszeitraum (von/bis des jeweiligen Versorgungszeitraums),
  - Tag der Empfangsbestätigung des Versicherten (Angabe bei der Abrechnung der Erstversorgungspauschale),
  - Versorgungspauschale in Euro (ohne Umsatzsteuer),
  - Betrag der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten (soweit zutreffend),
  - Mehrkosten für das Hilfsmittel (soweit zutreffend).

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

Erstversorgungspauschale

- Verordnung im Original bzw. originalersetzend (z. B. elektronische Hilfsmittelverordnung, signiertes Image) zu Beginn des Erstversorgungszeitraumes,
- Empfangsbestätigung des Versicherten,
- Gesamtaufstellung / Sammelabrechnung.

Folgeversorgungspauschale

- Verordnung im Original bzw. originalersetzend (z. B. elektronische Hilfsmittelverordnung, signiertes Image zu Beginn des jeweiligen Versorgungszeitraumes,
- Gesamtaufstellung / Sammelabrechnung.

Die Urbelege sind entsprechend den Anlagen 4 und 5 der Richtlinie zum DA gemäß § 302 SGB V auszufüllen. Im Einvernehmen können zwischen dem Vertragspartner und den Vertragsschließenden anderweitige Absprachen getroffen werden.

- (4) Die Abgabe des Hilfsmittels ist der AOK durch die Empfangsbestätigung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Betreuers/Angehörigen bzw. dessen Pflegeperson nach Rücksprache mit dem Versicherten oder dessen gesetzlichen Betreuers/Angehörigen mit Unterschrift und Datum der Leistungserbringung nachzuweisen (Anlage 2) bzw. auf der Rückseite der Verordnung. Empfangsbestätigungen des Vertragspartners, die deren Inhalten der Anlage 2 entsprechen, können verwendet werden.

Papierlose Empfangsbestätigungen sind nur zulässig, wenn die elektronische Unterschrift des Versicherten weder veränderbar noch zur Verwendung an anderer Stelle entnehmbar in der Empfangsbestätigung gespeichert wird (elektronische Signatur, vgl. § 126a Abs. 1 BGB, EIDAS zu Schriftform). Mit der Übermittlung einer Kopie (Textform) garantiert der Vertragspartner die Einhaltung der Bedingungen. Der Vertragspartner hat auf Anforderung der AOK das Vorliegen der Voraussetzungen durch Vorlage entsprechender Nachweise prüffähig darzulegen.

- (5) Der Vertragspartner rechnet mindestens einmal und maximal zweimal je Monat für alle erbrachten Versorgungen im Wege der Sammelabrechnung ab.
- (6) Der Vertragspartner 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 Vertragspartner 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 (Montag bis Freitag).
- (9) Sofern eine genehmigungspflichtige Versorgung genehmigungsfrei abgerechnet wird, erfolgt eine vollständige Absetzung der Abrechnung. Eine nachträgliche Rechnungsstellung ist nicht möglich.

- (10) Beauftragt der Vertragspartner einen Abrechnungsdienstleister mit der Abrechnung, hat der Vertragspartner die AOK unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren und alle gegenwärtigen und zukünftigen Forderungen gegen die AOK bis zur Höhe der vertraglich vereinbarten Beträge an das beauftragte Abrechnungszentrum abzutreten. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung auf das in der Rechnung des Abrechnungszentrums angegebene Bankkonto. Der Vertragspartner gestattet der AOK, dem Abrechnungszentrum für im Zusammenhang mit der Abrechnung erforderliche Informationen sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft zu erteilen. Korrekturen zur Abrechnung werden dem Abrechnungszentrum mitgeteilt.
- (11) Die Begleichung der Rechnung durch die AOK an den von dem Vertragspartner 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 Vertragspartners vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem beauftragten Abrechnungsdienstleister und dem Vertragspartner mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Entsteht der AOK anlässlich der Abrechnung durch die abrechnende Stelle ein Schaden, so haften der Vertragspartner und die abrechnende Stelle gesamtschuldnerisch. Forderungen der AOK gegen den Vertragspartner können auch gegenüber der abrechnenden Stelle aufgerechnet werden, jedoch nur bis zur Höhe desjenigen Forderungsbetrages, den die abrechnende Stelle zum Zeitpunkt der Verrechnung für den betroffenen Vertragspartner im Rahmen der Abrechnung geltend macht und nur soweit die abrechnende Stelle noch Zugriff auf ein Guthaben des Vertragspartners hat.
- (12) Der Vertragspartner ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass keine überschreitende Inkassovollmacht zugunsten des Abrechnungsdienstleisters mehr besteht, wenn der Vertragspartner die Zusammenarbeit mit dem Abrechnungsdienstleister beendet hat. Ein Ende der Zusammenarbeit mit dem Abrechnungsdienstleister hat der Vertragspartner der AOK umgehend anzugeben.

## **§ 16 Beanstandungen und Verjährung**

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

Beanstandung hat gegenüber dem Abrechnungsdienstleister unter Angabe der Rechnungsnummer, der Belegnummer und einer konkreten Begründung zu erfolgen. Der Abrechnungsdienstleister erhält bei Rechnungsbeanstandungen eine Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.

- (2) Einsprüche gegen Rechnungsbeanstandungen der AOK sind von dem Vertragspartner bzw. vom Abrechnungsdienstleister innerhalb von sechs Monaten nach Erhalt der Beanstandung zu begründen, unter schriftlicher Angabe der Sammelabrechnungsnummer und/oder Registriernummer, Belegnummer und konkreter Begründung. 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 Vertragspartners 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 Vertragspartner bzw. dem Abrechnungsdienstleister gegenüber leistungspflichtig ist, kann sie innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung bereits geleistete Zahlungen vom Vertragspartner bzw. Abrechnungsdienstleister zurückfordern. Der Sachverhalt ist dem Vertragspartner bzw. dem Abrechnungsdienstleister unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Vertragspartner bzw. Abrechnungsdienstleister fällig. Der Vertragspartner bzw. der Abrechnungsdienstleister hat die Möglichkeit, Einsprüche gemäß § 16 Absatz 2 und 3 des Vertrages gegenüber der AOK geltend zu machen. Dabei kann die AOK mit eigenen Forderungen gegen zeitlich folgende Forderungen des Vertragspartners aufrechnen. Diese Verrechnung ist auch mit einer beauftragten Abrechnungsstelle möglich. Die daraus resultierenden Differenzbeträge dürfen nicht dem Versicherten auferlegt werden.
- (6) Für Forderungen des Vertragspartners aus Vertragsleistungen gilt eine Ausschlussfrist von jeweils zwölf Monaten, gerechnet ab dem Auslieferungsdatum des Hilfsmittels bei Erstversorgungen (Erstversorgungspauschale), bei Folgeversorgungen ab dem Beginn der Folgeversorgungspauschale. Auch für den Erstattungsanspruch der AOK gilt eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten, gerechnet ab Eingangsdatum 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 01.11.2025 und findet für alle ab diesem Stichtag verordneten Hilfsmittel bzw. für laufende Versorgungen (Folgevergütungspauschalen) Anwendung.
- (2) Dieser Vertrag kann vom Verband, vom Vertragspartner und jeder teilnehmenden AOK einzeln mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.10.2029, schriftlich gekündigt werden. Die Anlage 3 kann von den Vertragsparteien ebenfalls mit der in Satz 1 genannten Frist schriftlich gekündigt werden, ohne Auswirkungen auf die übrigen Vertragsregelungen. Bis zur neuen vertraglichen Regelung gelten die Inhalte dieses Vertrages längstens 1 Jahr weiter.

- (3) Werden vor Wirksamwerden einer Kündigung Verhandlungen aufgenommen, gelten die Regelungen der Anlage 3 weiter, dies jedoch längstens für drei Monate nach Wirksamwerden der Kündigung.
- (4) 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.
- (5) Zwischen den Vertragsparteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages und/oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.
- (6) 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 Angaben 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 3 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.

## **§ 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.

---

Ort, Datum

AOK Bundesverband eGbR

---

Ort, Datum

Verband CPM Therapie e.V.