# Vertrag

**über die Versorgung**
**mit Sehhilfen durch Augenoptiker**
**gemäß § 127 Abs. 1 SGB V**
AC/TK: 12 00 201

zwischen der

AOK Baden-Württemberg
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
AOK Bremen/Bremerhaven
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

vertreten durch den

**AOK-Bundesverband GbR**
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

- nachfolgend AOK genannt -

und dem/der

Bayrischer Landesinnungsverband für Augenoptik und Optometrie
Augenoptiker- und Optometristen-Innung Berlin
Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Brandenburg
Augenoptiker- und Optometristen-Innung Hamburg
Südwestdeutscher Augenoptiker- und Optometristen-Verband
Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen Mecklenburg-Vorpommern
Landesinnung der Augenoptiker/Optometristen des Freistaates Sachsen
Augenoptiker-/Optometristen-Innung Sachsen-Anhalt
Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Niedersachsen und Bremen
Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Schleswig-Holstein
Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Thüringen
Augenoptiker- und Optometristenverband NRW

vertreten durch den

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA)**
Alexanderstraße 25a
40210 Düsseldorf

## § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten der teilnehmenden AOKs mit den in der Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes über Festbeträge für Sehhilfen vom 21. Juni 2021 genannten, sowie den weiteren, in den Preislisten dieses Vertrages aufgeführten Sehhilfen der Produktgruppe 25 des Hilfsmittelverzeichnisses.

(2) Zur Versorgung nach diesem Vertrag gehören die Brillenglasbestimmung, Beratung, Anfertigung, Anpassung und Abgabe von Sehhilfen. Die erforderliche Einweisung des Versicherten in den Gebrauch und die Pflege der Sehhilfe gehört ebenfalls zur Versorgung nach diesem Vertrag.

(3) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:

| | |
|---|---|
| **Anlagen 1a-c** | Preislisten |
| **Anlage 2** | Dokumentation über die Beratung / Mehrkostenerklärung des Versicherten |
| **Anlage 3** | Beitritts- und Anerkenntniserklärung |
| **Anlage 4** | Berechtigungsschein |

(4) Die vertragsgegenständlichen Sehhilfen im Sinne von § 1 (1) unterteilen sich in drei Versorgungsbereiche: „Brillengläser einschließlich Schieltherapeutika“ (entspricht den Versorgungsteilbereichen 25A, 25B und 25 C des Kriterienkataloges der Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V), „Kontaktlinsen“ (entspricht dem Versorgungsteilbereich 25 D des o.g. Kriterienkataloges) und „Vergrößernde Sehhilfen“ (entspricht den Versorgungsteilbereichen 25 E und 25 F des o.g. Kriterienkataloges). Mit der Beitritts- und Anerkenntniserklärung der **Anlage 3** legen sich die beitretenden Augenoptikbetriebe fest, in welchem Produktbereich sie Versicherte der teilnehmenden AOKs versorgen.

(5) Dieser Vertrag gilt:

1. für die im Rubrum aufgeführten AOKs, vertreten durch den AOK-Bundesverband,
2. für alle Augenoptikerbetriebe (im Vertrag Leistungserbringer genannt), die Mitglieder oder mittelbare Mitglieder der im Rubrum genannten Augenoptikerinnungen/Landesinnungen/Landesinnungsverbände sind, sofern sie die Eignungsvoraussetzungen erfüllen und die Beitritts- und Anerkenntniserklärung der **Anlage 3** für mindestens einen der drei Versorgungsbereiche unterschrieben und der AOK eingereicht haben,
3. für alle Augenoptikerbetriebe (im Vertrag Leistungserbringer genannt), die nicht Mitglieder der dem ZVA mittelbar oder unmittelbar angeschlossenen Augenoptikerinnungen sind, sofern sie die Eignungsvoraussetzungen erfüllen und die Beitritts- und Anerkenntniserklärung der **Anlage 3** für mindestens einen der drei Versorgungsbereiche unterschrieben und der AOK eingereicht haben.

## § 2 Eignungsvoraussetzungen

(1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur befugt, wenn sie die Präqualifizierungskriterien in der jeweils aktuellen Fassung (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig vor,

so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht im Rahmen dieses Vertrages kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK, auch nicht gegenüber dem Versicherten.

(2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung dieser Voraussetzungen für jede Betriebsstätte mit der Erklärung des Beitritts nach **Anlage 3** nachzuweisen. Der Beitritt hat gegenüber der regional zuständigen AOK zu erfolgen. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V keine rechtliche Wirkung.

(3) Alle Veränderungen, welche seine Eignung bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen betreffen, erfordern eine unverzügliche Änderung der Präqualifizierung. Das geänderte Präqualifizierungszertifikat hat der Leistungserbringer der AOK unverzüglich zu übermitteln.

## § 3 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Versicherten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten. Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aus diesem Vertrag, der Produktgruppe 25 „Sehhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V, der Festbetragsregelung und der Hilfsmittel-Richtlinie in den jeweils gültigen Fassungen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung gelten als Mindestanforderungen.

(2) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer optometrischen Messung eines Augenoptikers (Berechtigungsschein **Anlage 4**) erbracht werden. Für die Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für die erstmalige Versorgung von Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus ist stets eine augenärztliche Verordnung notwendig.

Auf Grundlage eines Berechtigungsscheins können:

a. Folgeversorgungen nach Vollendung des 14. Lebensjahres durchgeführt werden, soweit

aa. keine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist (z. B. weil aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht) und

ab. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund der Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen keine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 vorliegt.

b. Ersatzbeschaffungen von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Verlust oder Bruch innerhalb von 3 Monaten nach einer Verordnung durchgeführt werden.

(3) Der Versicherte muss durch Unterschrift mit Angabe des Datums den Empfang der Leistung auf der vertragsärztlichen Verordnung bzw. auf dem Berechtigungsschein bestätigen. Die AOK ist zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung des jeweiligen Versicherten gegeben ist. Wird die Hilfsmittelversorgung

nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

(4) Für Sehhilfen, die in der Preisliste (**Anlagen 1a-c**) mit KVA aufgeführt sind, ist ein Kostenvoranschlag zu erstellen. Auf dem Kostenvoranschlag sind die bundeseinheitlichen Hilfsmittelpositionsnummern und das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers anzugeben. Bei Brillengläsern ist möglichst der Grundglaspreis ohne Veredelung anzugeben. Für nicht mit Vertragspreis geregelte Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen, die in den **Anlagen 1b-c** mit dem Verwendungskennzeichen 07 gekennzeichnet sind, übermittelt der Leistungserbringer eine Kalkulation durch Benennung des voraussichtlichen Arbeits- und Materialaufwandes. Im elektronischen Kostenvoranschlag ist der Arbeitsaufwand mit dem Verwendungskennzeichen 07 zu kennzeichnen.

(5) Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen soll grundsätzlich auf elektronischem Wege (elektronischer Kostenvoranschlag) erfolgen. Die elektronische Übermittlung ist nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V spätestens zum 01.02.2023 verpflichtend.

(6) Auf die vorherige Genehmigung von verordneten oder über Berechtigungsschein abzugebende Sehhilfen, für die ein Vertragspreis vereinbart ist, wird zunächst verzichtet. Die AOKs behalten sich vor, die Regelungen über die Genehmigungsfreiheit im Versorgungsbereich vergrößernde Sehhilfen (Anlage 1 c) ganz oder teilweise zu verändern. Diesbezügliche Änderungen sind, soweit sie nur einzelne Vertragspartner betreffen, diesen mit einer Frist von 4 Wochen schriftlich mitzuteilen; der ZVA erhält eine Mitteilung über derartige Änderungen zur Kenntnis. Soweit sich die vorgenannten Änderungen auf sämtliche Vertragspartner beziehen, werden diese dem ZVA mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitgeteilt. Alle anderen Leistungen bedürfen grundsätzlich einer Genehmigung, sofern die jeweilige AOK hierauf nicht schriftlich verzichtet.

(7) Die AOK hat gemäß § 3 Absatz 2 Satz 1 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben; dies gilt auch bei der Beauftragung/Einbindung von Unterauftragnehmern. Bei Brillen, Kontaktlinsen sowie vergrößernden Sehhilfen ohne Energiequelle werden die Aufgaben mit den Regelungen in diesem Vertrag erfüllt. Darüber hinaus sind bei aktiven nichtimplantierbaren Medizinprodukten, wie z.B. einer elektronischen Sehhilfe, die Einweisung bei der Hilfsmittelabgabe zu dokumentieren (§ 4 MPBetreibV) und ein Bestandsverzeichnis (§ 13 MPBetreibV) zu führen. Die dafür erforderlichen Aufwendungen des Leistungserbringers sind mit der in den **Anlagen 1a-c** vereinbarten Vergütung abgegolten.

## § 4 Beratung der Versicherten und Versorgungsqualität

(1) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Sehhilfe für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist. Die Beratung ist in geeigneter Weise zu dokumentieren und der AOK auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten. Der Vertragspartner ist verpflichtet, den Versicherten bzw. dessen betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels einzuweisen.

(3) Auf Wunsch des Versicherten können entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung

hinausgeht (z. B. Entspiegelung, Härtung), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die den Aufzahlungsbetrag begründenden Produktmerkmale und die Aufzahlungshöhe ist in Summe in der Mehrkostenerklärung (**Anlage 2**) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die **Anlage 2** bewahrt der Leistungserbringer auf und stellt sie der AOK auf Anforderung zur Verfügung.

(4) Bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung verweist der Leistungserbringer den Versicherten zur weiteren Klärung an einen Augenarzt seiner Wahl.

(5) In Versorgungsbereichen, denen der Leistungserbringer nicht mit der Beitritts- und Anerkenntniserklärung **Anlage 3** beigetreten ist, kann keine Versorgung nach diesem Vertrag durchgeführt werden. Versicherte, die eine derartige Versorgung begehren, sind durch den Leistungserbringer entsprechend aufzuklären. Der Versicherte ist dahingehend zu beraten, dass die Versorgung durch Vertragspartner vollumfänglich sichergestellt werden kann und dem Versicherten, ausgenommen der gesetzlichen Zuzahlung, grundsätzlich keine weitergehenden Kosten entstehen. Die AOK kann dem Versicherten eine Auswahl entsprechender Vertragspartner nennen. Sollte sich der Versicherte dennoch für eine Versorgung durch einen nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer entscheiden, sind die Kosten und möglichen Folgekosten vollumfänglich vom Versicherten selbst zu tragen und können auch nicht auf dem Wege der Erstattung beglichen werden. Die Aufklärung ist umfassend zu dokumentieren und auf Verlangen der AOK vorzulegen.

## § 5 Leistungsumfang und Vergütung

(1) Nach vertragskonformer Leistungserbringung werden die Leistungen entsprechend der Preisliste (**Anlagen 1a-c**) oder dem genehmigten Kostenvoranschlag vergütet. Mit den vereinbarten Vertragspreisen sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten der AOK erbrachten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

(2) Der Preis für das Brillenglas schließt die Kosten für das Material und alle anderen anfallenden Arbeiten ein, speziell bei

- der Auswahl,
- der Bearbeitung,
- der Anpassung,
- dem Einschleifen der Gläser in das Brillengestell,
- der Abgabe,
- der Kontrolle,
- der Verwaltung und der Dokumentation.

Mit dem Preis für Kontaktlinsen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Abgabe entstehenden Kosten, d. h. insbesondere nachstehende Positionen abgegolten:

- die Materialkosten,
- die Auswahl, die Anpassung und die Abgabe der Kontaktlinse,
- die Einweisung in die Handhabung und in den sicheren Gebrauch,
- die Kontrolle,
- die Verwaltung und die Dokumentation.

Der Preis für vergrößernde Sehhilfen umfasst sämtliche Kosten für das Material und alle anfallenden Arbeiten:

- die Kosten für das Produkt,
- die Beratung,
- die Auswahl,
- die Einweisung in den Gebrauch und
- die Verwaltung und die Dokumentation.

(3) Die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 33 in Verbindung mit § 61 ff. SGB V sind zu beachten. Die Zuzahlungen werden vom Leistungserbringer direkt erhoben. Der der AOK in Rechnung gestellte Betrag ist entsprechend zu kürzen. Die Kürzung ist in der Rechnung auszuweisen.

## § 6 Abrechnung, Zahlung und Aufrechnung

(1) Die AOK und der Leistungserbringer vereinbaren die Abrechnung der Leistungen gemäß § 302 SGB V, für welche die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gelten. Die Hilfsmittelkennzeichen der **Anlagen 1a-c** dieses Vertrages sind zu beachten und der jeweiligen Versorgungssituation entsprechend zu verwenden. Rechnungen sind höchstens einmal pro Monat als Gesamtrechnung zu erstellen. Die Abrechnung soll innerhalb von zwölf Monaten nach der Abgabe der Sehhilfe erfolgen.

(2) Werden die Abrechnungsdaten von dem Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden diese von der AOK erstellt. Für die mit der Erstellung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.

(3) Die AOK überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen. Die 4-Wochen-Frist gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag (arbeitsfreier Tag) verschiebt sich diese auf den nachfolgenden Arbeitstag.

(4) Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung oder der Berechtigungsschein – jeweils mit Empfangsbestätigung des Versicherten – sowie ggf. der genehmigte Kostenvoranschlag jeweils im Original beizufügen. Im Zusammenhang mit der Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlages können zwischen dem Leistungserbringer und der jeweiligen AOK anderweitige Absprachen hinsichtlich der Vorlage des genehmigten Kostenvoranschlages getroffen werden. Die Abrechnung im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V ist erst vollständig, wenn neben den Ur-/ Papierbelegen auch die Daten bei der AOK vorliegen.

(5) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.

(6) Die AOK ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch zu prüfen. Festgestellte Unrichtigkeiten können innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Rechnungseingang gegebenenfalls gekürzt oder beanstandet werden. Dies ist dem Leistungserbringer mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von

zwölf Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die AOK, so gilt diese als anerkannt.

(7) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für eine ggf. beauftragte Abrechnungsstelle. Die AOK zahlt an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

## § 7 Gewährleistung und Haftung

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausführung und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei Auslieferung. Deshalb prüft er grundsätzlich auch im Fall einer verordneten Versorgung die Refraktionswerte (ohne Abrechnung der Position 25.99.99.0001 Brillenglasbestimmung und kostenfrei für Versicherte ohne Mehrleistungswunsch nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V). Gelangt der Augenoptiker aufgrund seiner Prüfung zu Werten, die von der Brillenverordnung abweichen, so reicht er bei der Abrechnung zusammen mit der Brillenverordnung einen Berechtigungsschein bei der AOK ein, aus dem sich die Werte der tatsächlichen gelieferten Sehhilfe ergeben. Wenn die vom Augenoptiker ermittelten Werte die gesetzlich geforderten Mindestdioptrienwerte unterschreiten kann keine Lieferung zu Lasten der AOK erfolgen.

Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Entgegennahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.

(2) Die Gewährleistung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Gewährt ein Hersteller für seine Produkte eine Garantie und/oder Gewährleistungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus, räumt der Leistungserbringer der AOK diese in gleichem Umfang ein.

(3) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die im Zusammenhang mit der Erfüllung vertraglicher Verbindlichkeiten entstehen, nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Der Leistungserbringer stellt die AOK insoweit von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, frei, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Leistungserbringers stehen.

(4) Zur Erfüllung der vorgenannten Bedingungen schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.

## § 8 Datenschutz/Vertraulichkeit

(1) Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle.

(2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der zuständigen AOK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

(3) Für den elektronischen Datenaustausch (Rechnungslegung) zwischen den Vertragspartnern nutzt der Leistungserbringer die von der AOK angebotenen oder andere nach dem Stand der Technik gesicherten Übertragungswege.

(4) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der Sozialdaten auch über die Laufzeit dieses Vertrages hinaus sicherzustellen.

(5) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.

(6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, Vertraulichkeit zu gewährleisten.

## § 9 Qualitätssicherung

(1) Die AOK ist nach § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringer obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer die AOK auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V.

(2) Sofern die AOK auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK zu übermitteln.

(3) Die Überprüfung der Versorgung und Qualität der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung von vier Jahren nach § 45 SGB I zeitlich begrenzt.

## § 10 Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

(1) Verstößt der Leistungserbringer gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten oder fügt er der AOK in sonstiger Weise Schaden zu, kann ihn die AOK unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verwarnen, abmahnen, eine angemessene Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder bei Verstößen gegen die Regelungen des § 128 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Verwarnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5% des jährlichen Netto-Umsatzerlöses der jeweiligen Betriebsstätte nach diesem Vertrag.

(2) Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:

a) die Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,

b) die Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen sowie der Präqualifizierungskriterien,

c) das ausschließliche Angebot oder die Abgabe von Sehhilfen mit Aufzahlungen, sofern der Versicherte dies nicht ausdrücklich wünscht,

d) die Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Abs. 2 S. 1 SGB V),

e) die Leistungserbringung mit groben Mängeln (z.B. systematische Herstellung von Sehhilfen ohne Berücksichtigung fachlich relevanter Daten),

f) der Verstoß gegen die Beratungs- und/oder Dokumentationspflicht aus § 127 Abs. 5 SGB V,

g) der Verstoß gegen § 127 Abs. 7 SGB V sowie die Nichteinhaltung und -durchführung des § 9 dieses Vertrages,

h) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen,

i) der Verstoß gegen die Aufklärungspflicht nach § 4 Abs. 5 dieses Vertrages.

(3) Vor der Verhängung von Maßnahmen gibt die AOK dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Stellungnahme. Der Leistungserbringer kann die für ihn zuständige Innung in das Verfahren einbeziehen.

(4) Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurück zu erstatten, ggf. verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt davon unbenommen.

## § 11 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.12.2021 in Kraft. Er ersetzt alle bisherigen Verträge über die Versorgung der Anspruchsberechtigten der teilnehmenden AOKs durch Augenoptiker. Der Vertrag gilt in seiner aktualisierten Fassung für alle ab dem 01.12.2021 abgegebenen Leistungen. Dieser Vertrag und/oder seine Anlagen können vom Zentralverband der Augenoptiker oder jedem/r teilnehmenden Landesinnungsverband/ Landesinnung/ Augenoptikerinnung einzeln, dem AOK-Bundesverband oder jeder teilnehmenden AOK einzeln sowie jedem nach § 127 Abs. 2 SGB V beigetretenen Leistungserbringer mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.12.2022, ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Preislisten **Anlagen 1a-c** können nicht einzeln, sondern nur insgesamt gekündigt werden.

(2) Bei einer Kündigung des Vertrages durch den Zentralverband der Augenoptiker oder den AOK-Bundesverband entfaltet diese unmittelbare Wirkung gegenüber allen beteiligten Landesinnungsverbänden/Landesinnungen/Augenoptikerinnungen bzw. diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringern und allen beteiligten AOKs. Die Kündigung einer teilnehmenden AOK gilt nur für die Versorgung ihrer Versicherten; die Kündigung eines teilnehmenden Landesinnungsverbandes/Landesinnung/Augenoptikerinnung gilt

nur für das betroffene Bundesland bzw. die betroffenen Bundesländer. Die Kündigung eines nach § 127 Abs. 2 SGB V beigetretenen Leistungserbringers betrifft nur seinen bilateralen Beitrittsvertrag.

(3) Zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.

(4) Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gegenüber der für ihn regional zuständigen AOK fristlos kündigen.

(5) Sofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Änderungen an der Produktgruppe 25 „Sehhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses vornimmt oder nach § 36 Abs. 2 SGB V neue Festbeträge für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt kann dies eine wesentliche Änderung der Verhältnisse bedeuten. Gleiches gilt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie die Versorgungsberechtigung abweichend von § 3 Abs. 2 dieses Vertrages regelt. In diesen Fällen ist jede Vertragspartei berechtigt die unverzügliche Aufnahme von Verhandlungen zur Vertragsanpassung zu verlangen oder den Vertrag innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderung zum Ende des auf die Kündigung folgenden Monats zu kündigen.

## § 12 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des vorstehenden Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw. rechtswidrig sein oder werden, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Inhalte nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine vertragliche Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | AOK-Bundesverband GbR |
| Ort, Datum | Zentralverband der Augenoptiker |
| Ort, Datum | Zentralverband der Augenoptiker |