

Rahmenvertrag

**über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln
nach § 127 Abs. 1 SGB V**

(Hilfsmittelrahmenvertrag)

LEGS __ 04 A00

11 Apotheken
15 Sanitätshäuser
16 Orthopädieschuhmacher
19 sonstige Hilfsmittellieferanten

zwischen der

**AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95
28195 Bremen**

(im Folgenden: AOK)

und

**Name des Leistungserbringers
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort
IK: IK-Zeichen**

(im Folgenden: Leistungserbringer oder Verband)

Inhaltsverzeichnis	Seite
Präambel	3
§ 1 Begriffsbestimmungen, Erläuterungen	4
§ 2 Gegenstand des Vertrages	5
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	5
§ 4 Geltungsbereich	6
§ 5 Notwendige Qualifikation der Leistungserbringer	7
§ 6 Beginn und Ende der Leistungsberechtigung, Mitteilungspflichten	7
§ 7 Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung, Neutralität	8
§ 8 Produktanforderung/Gewährleistung	11
§ 9 Besondere Aufgaben des Verbandes	11
§ 10 Abgabevoraussetzungen	12
§ 11 Verpflichtungen des Leistungserbringers gegenüber den Versicherten	13
§ 12 Vergütung/Rechnungslegung/Zahlungsfristen	15
§ 13 Datenschutz	17
§ 14 Institutionskennzeichen	18
§ 15 Qualitätssicherung, Gewährleistung und Haftung	19
§ 16 Vertragsverstöße und Maßnahmen	19
§ 17 Rückständige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und rückständige Gesamtsozialversicherungsbeiträge	21
§ 18 Regelung bei Insolvenz	21
§ 19 Laufzeit und Kündigung	22
§ 20 Gerichtsstand	23
§ 21 Salvatorische Klausel	23

Präambel

Nachdem die Umstellung der Systematik von einem öffentlich-rechtlichen Zulassungssystem hin zu einem öffentlich-rechtlichen Vertragssystem durch die Bestimmungen der §§ 126, 127 SGB V vollzogen wurde und die notwendigen Verfahren zur Präqualifizierung bundesweit etabliert sind, verfolgt dieser Vertrag das Ziel, eine einheitliche und transparente Vertragsgestaltung für alle Leistungserbringer herzustellen, damit alle Leistungserbringer im Wettbewerb zueinander unter denselben Rahmenbedingungen die Möglichkeit haben, an der qualitäts- und serviceorientierten Versorgung der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln teilzunehmen. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit soll gefördert sowie eine enge Verknüpfung von qualifizierter Dienstleistung und bedarfsgerechter Versorgung der Versicherten nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten gewährleistet werden.

Zukünftig sollen alle Hilfsmittelversorgungen der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven innerhalb der in diesem Vertrag vereinbarten Rahmenbedingungen erfolgen. Außerdem soll dieser Vertrag als Grundlage für zukünftige Preisvereinbarungen in den einzelnen Produktbereichen dienen.

Soweit die jeweiligen produktspezifischen Einzelverträge bzw. Preisvereinbarungen anderslautende Bedingungen enthalten, gelten immer die dort vereinbarten Bedingungen.

Die Vertragspartner sind sich einig darin, dass der Schutz der persönlichen Daten der Versicherten jederzeit gewährleistet sein muss und die Übermittlung oder Erhebung von persönlichen Daten einer gesetzlichen Rechtsgrundlage oder der Einverständniserklärung des Versicherten bedarf.

§ 1

Begriffsbestimmungen, Erläuterungen

- (1) **Verband:** Der Begriff „Verband“ beinhaltet – soweit nicht anders bestimmt - sowohl den „Verband“ als auch die „sonstigen Zusammenschlüsse von Leistungserbringern“ im Sinne des § 127 Abs. 1 SGB V. Als „sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern“ gelten nur solche, die die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Verband übernehmen. Die Rechte und Pflichten des Verbandes ergeben sich aus diesem Vertrag.

Sofern ein sonstiger Zusammenschluss nicht sämtliche Rechte und Pflichten eines Verbandes übernimmt, gilt ein solcher Zusammenschluss nicht als Verband.

- (2) **Verbandsvertrag:** Ein Verbandsvertrag kommt zwischen der AOK und dem Verband zustande. Der Verband ist kein Leistungserbringer. Der Verbandsvertrag alleine berechtigt den einzelnen Leistungserbringer nicht zur Abgabe und Abrechnung von Leistungen. Abweichendes davon kann vereinbart werden, wenn ein Verband aufgrund seiner Satzung im Verhältnis zu seinen Mitgliedern insoweit Abschlussbefugnis besitzt.
- (3) **Mitgliedsbetrieb:** Um einen „Mitgliedsbetrieb“ im Sinne dieses Vertrages handelt es sich bei einem Leistungserbringer, welcher nachweislich einem Verband im Sinne des Absatzes 1 angehört.
- (4) **Leistungserbringer:** Vertragspartner ist grundsätzlich der einzelne Leistungserbringer, dieser wird als Leistungserbringer bezeichnet. Im Falle eines sog. „Verbandsvertrages“ tritt die Vertragspartnerschaft des Verbandes im Rahmen der vertraglichen Rechte und Pflichten des Verbandes neben die Vertragspartnerschaft des Leistungserbringers.
- (5) Alle Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die im Vertrag und seinen Anlagen genannt werden, finden in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.
- (6) Die im Vertrag enthaltenen Angaben beziehen sich grundsätzlich sowohl auf die männliche als auch die weibliche Form. Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die jeweilige zusätzliche Bezeichnung verzichtet.

§ 2

Gegenstand des Vertrages

- (1) Der Vertrag wird auf der Grundlage des § 127 SGB V geschlossen. Gegenstand des Vertrages ist die Sicherstellung einer grundsätzlich aufzahlungsfreien Versorgung der Versicherten der AOK mit Hilfsmitteln durch die Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 1, 2 SGB V unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die strikte Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die Einweisung, Beratung, Reparatur und Wartung, die Änderungen, die technischen Kontrollen (STK), der Wiedereinsatz, die Anforderungen an die regelmäßige Fortbildung der Leistungserbringer sowie die Abrechnung und Vergütung der Leistungen richten sich nach den hierzu getroffenen Regelungen des Vertrages sowie seiner Anlagen.
- (2) Die Bestandteile dieses Vertrages umfassen folgende Anlagen:
 - Anlage 1 – Allgemeines zur Versorgung der Versicherten
 - Anlage 2 – Abrechnungsverfahren und Datenträgeraustausch
 - Anlage 3 – Ermächtigungserklärung für Abrechnungsstellen
 - Anlage 4 – Beitritts-/Anerkennungserklärung
 - Anlage 5 – Allgemeines zum Wiedereinsatz von Hilfsmitteln
 - Anlage 6 – Allgemeines zu Versorgungspauschalen
 - Anlage 6a – Bürgschaftserklärung der Leistungserbringergemeinschaft
 - Anlage 6b – Sicherungsübereignungserklärung des Einzelunternehmens
 - Anlage 7a – Empfangsbestätigung Kauf-/Wiedereinsatz
 - Anlage 7b – Empfangsbestätigung Versorgungspauschalen
 - Anlage 8 – Instandsetzungs-/Reparaturschein (Muster)
- (3) Preisvereinbarungen für bestimmte Hilfsmittel, die sich auf diesen Vertrag beziehen, stellen eigenständige, beitriffsfähige Verträge im Rahmen des § 127 Abs. 1 SGB V dar.
- (4) Versorgungen, die auf Grundlage des § 127 Abs. 3 SGB V zwischen den Teilnehmern dieses Vertrages geschlossen werden, unterliegen ebenfalls den Bestimmungen dieses Vertrages.

§ 3

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte und Hilfsmittel alle Anforderungen insbesondere nach Maßgabe des Medizinprodukte-

Gesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV), den Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI), der Verordnung über die Abgabe von Medizinprodukten (MPAV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), der DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), der Hygiene-Sterilvorschriften und des Arbeitssicherheitsgesetzes, die Empfehlungen des GKV-SV zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie die Herstellervorgaben zu erfüllen. Sollte es keine expliziten Herstellervorgaben geben, so ist der aktuelle Stand der Technik und der aktuellen Gesetzgebung entscheidend.

- (2) Die AOK hat gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 der MPBetreibV die Pflichten eines Betreibers. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 S. 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden folgenden Aufgaben. Diese umfassen die Einweisung und Instandhaltung sowie die Dokumentation der Einweisung bei der Abgabe aktiver nicht implantierbarer Medizinprodukte (§ 4 MPBetreibV), das Führen der Bestandsverzeichnisse (§ 13 MPBetreibV) für aktive nicht implantierbare Medizinprodukte, die Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen (§ 11 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV, die Durchführung der messtechnischen Kontrollen (§ 14 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlage 2 der MPBetreibV, das Führen der Medizinproduktebücher (§ 12 MPBetreibV) für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der MPBetreibV.
- (3) Der Vertragspartner verpflichtet sich, die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Anforderungen gemäß §§ 4 und 5 der MPBetreibV sicherzustellen. Im Weiteren ist insbesondere die Regelung des § 6 dieses Vertrages zu beachten. Die AOK ist gesetzlich jederzeit berechtigt, die Umsetzung der o.g. Aufgaben zu überprüfen (z. B. durch Abforderung der Dokumentation). Aus der Aufgabenerfüllung resultierende Aufwendungen sind mit den Festbeträgen, Vertragspreisen oder Versorgungspauschalen abgegolten. Notwendige Reparaturen, die bei einer Wartung oder einer sicherheitstechnischen/messtechnischen Kontrolle auffallen, gehen nicht zu Lasten des Leistungserbringers. Voraussetzung ist, dass die notwendigen Reparaturen nicht der Leistungserbringer zu verursachen hatte (z.B. fehlende Einweisung des Versicherten, etc.). Konkretisierungen erfolgen hierzu in den jeweiligen Ergänzungsverträgen (Add-On Verträge).

§ 4

Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt - soweit nichts Anderweitiges vereinbart ist - für die Versorgung sämtlicher Versicherten der AOK sowie der betreuten Anspruchsberechtigten in der Krankenversicherung.

§ 5

Notwendige Qualifikation der Leistungserbringer

- (1) Die Versorgung nach diesem Vertrag darf nur von Leistungserbringern übernommen werden, die die Anforderungen an die Qualität nach näherer Bestimmung dieses Vertrages sowie seiner Anlagen 1 für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung und/oder Abgabe und/oder Anpassung der Hilfsmittel erfüllen.
- (2) Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 SGB V sowie die gesetzlichen Vorgaben zur Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1 a SGB V sind verbindlich zu erfüllen und zugleich unabdingbare Voraussetzung zur Teilnahme an diesem Vertrag.

§ 6

Beginn und Ende der Leistungsberechtigung, Mitteilungspflichten

- (1) Vertrag eines einzelnen Leistungserbringers
Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen beginnt für Leistungserbringer mit dem Tag, den die AOK dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt hat. Für diese Mitteilung ist es erforderlich, dass der Leistungserbringer den hiesigen Vertrag unterschrieben und ihn und die dazugehörenden Anlagen der AOK übersandt hat und alle erforderlichen Voraussetzungen gemäß § 5 dieses Vertrages nachgewiesen wurden. Das Beginn-Datum richtet sich nach dem Tag, an dem der vollständige, schriftliche Nachweis über alle erforderlichen Voraussetzungen bei der AOK vorliegt.
- (2) Beitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
Bei einem Beitritt gemäß § 127 Abs. 2 SGB V richtet sich der Beginn nach Absatz 1, jedoch mit der Maßgabe, dass anstelle des Vertrages die Beitritts- und Anerkenntniserklärung der Anlage 4 unterschrieben im Original an die AOK zu übersenden ist.
- (3) Verbandsvertrag
Voraussetzung für die Teilnahme eines Mitgliedsbetriebes an einem Verbandsvertrag ist ein wirksamer Vertrag zwischen dem Verband und der AOK. Die Leistungsberechtigung des einzelnen Mitgliedsbetriebes richtet sich nach Absatz 1, wobei der Nachweis durch das Mitglied in diesem Falle gegenüber dem Verband zu erfolgen hat. Der Verband bestätigt nach eigener Prüfung gegenüber der AOK, dass sämtliche vertraglichen Voraussetzungen vorliegen und teilt der AOK das Datum des Vorliegens sämtlicher notwendiger Unterlagen (Beginn-Datum) mit. Auf dieser Basis teilt die AOK dem Mitgliedsbetrieb das Beginn-Datum seiner Lieferberechtigung mit.

(4) Verbandsvertrag mit Abschlussvollmacht

Soweit verbandsinterne Regelungen vorsehen, dass Mitgliedsbetriebe automatisch als Leistungserbringer an dem von diesem Verband geschlossenen Vertrag teilnehmen, gilt Abs. 3 entsprechend. Der Verband hat die AOK darüber zu informieren, für welche Produktgruppen der jeweilige Mitgliedsbetrieb an der Versorgung teilnimmt. Der betreffende Verband hat Gewähr dafür zu übernehmen, dass die Mitgliedsbetriebe die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen; auf § 9 wird verwiesen. Nach Erhalt aller insoweit notwendigen Informationen teilt die AOK dem Mitgliedsbetrieb das Beginn-Datum seiner Leistungsberechtigung mit.

(5) Ausschluss der Beitrittsberechtigung

Eine Beitrittsberechtigung ist ausgeschlossen, sofern und soweit zeitgleich an einem anderen Vertrag der vertragsschließenden AOK für identische Produktgruppen teilgenommen wird. Das gilt unabhängig davon, ob es Unterschiede hinsichtlich der Teilnahmevoraussetzungen und/oder Vergütung der Leistungen gibt.

(6) Mitteilungspflichten

Änderungen, welche sich auf die Teilnahme- und/oder Leistungsberechtigung auswirken, sind der AOK unverzüglich mitzuteilen. Im Falle eines Verbandsvertrages kann die Mitteilung des Leistungserbringers auch über den Verband an die AOK erfolgen.

Sofern für den Verband oder den Leistungserbringer nicht eindeutig ist, ob die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen oder sich Änderungen auf die Teilnahme- und/oder Leistungsberechtigung nach diesem Vertrag auswirken, sind diese Sachverhalte unverzüglich in geeigneter Art und Weise der AOK zur Prüfung und Entscheidung dieser Frage mitzuteilen.

(7) Ende der Leistungsberechtigung

Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung beziehungsweise eines Widerrufs der Leistungsberechtigung bedarf, sobald eine der Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr in dem erforderlichen Umfang erfüllt ist.

Im Falle einer Kündigung dieses Vertrages endet die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen mit der Wirksamkeit der Kündigung nach § 19 dieses Vertrages.

§ 7

Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung, Neutralität

- (1) Umfang sowie Art und Weise der Leistungserbringung werden durch diesen Vertrag und seine Anlagen geregelt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, dem

Versicherten die im Einzelfall erforderliche Nachbetreuung im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten.

- (2) Für die Versorgung mit den vereinbarten Produkten gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Die Auswahl des zweckmäßigen Hilfsmittels hat entsprechend der ärztlichen Verordnung nach den Kriterien der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne der §§ 12 und 70 SGB V zu erfolgen. Die AOK hat die Berechtigung, die Einhaltung zu überprüfen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die AOK hierbei umfassend zu unterstützen und auf Verlangen die notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.
- (3) Der Leistungserbringer darf ausschließlich nach Maßgabe einer ärztlichen Verordnung sowie grundsätzlich, also wenn in der jeweiligen Preisvereinbarung nichts anderes vereinbart wurde, nur nach schriftlicher Genehmigung durch die AOK Leistungen für die Versicherten der AOK erbringen und gegenüber der AOK abrechnen. Es bedarf grundsätzlich eines Kostenvoranschlages, sofern in der jeweiligen Preisvereinbarung kein Genehmigungsverzicht vereinbart ist. Kosten, die vor der Genehmigung entstehen, können mit Ausnahme der Regelungen des § 11 Abs. 2 nicht beim Versicherten und grundsätzlich nicht bei der AOK geltend gemacht werden.
- (4) Mit Abgabe eines Hilfsmittels (Inanspruchnahme der Leistung) erfolgt die umfassende Einweisung des Versicherten und/oder dessen betreuende Person(en) in die ordnungsgemäße Handhabung gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV und den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels zur individuellen und bedarfsgerechten Versorgung sowie Hinweise zur Reinigung und Pflege des Hilfsmittels sowie bei Bedarf die Nachbetreuung (§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V) durch den Leistungserbringer.
- (5) Bestandteile der Beratung sind unter anderem, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Abs. 1 S. 1 und 4 SGB V für den Versicherten in der konkreten Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Der Leistungserbringer hat diese Beratung schriftlich zu dokumentieren und sich vom Versicherten bzw. Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter unterzeichnen und damit bestätigen zu lassen. Ein Exemplar verbleibt beim Versicherten, ein unterschriebenes Exemplar verbleibt beim Leistungserbringer. Der Leistungserbringer hat diese Anlagen auf Verlangen der AOK unverzüglich zur Verfügung zu stellen.
- (6) Zum Umfang der Leistung gehören darüber hinaus auch die Dokumentation der Einweisung gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV und das Führen des Bestandsverzeichnisses nach § 13 MPBetreibV und Überlassung einer

Gebrauchsanleitung sowie ggf. produkt-/ therapiebezogene Informationen gemäß den Anforderungen des MPG und der MPBetreibV.

- (7) Der Leistungsumfang umfasst auch die Instandhaltung gemäß § 7 MPBetreibV unter Berücksichtigung der Herstellerangaben und unter Beachtung der Anforderungen des § 5 MPBetreibV; dies beinhaltet auch die Überwachung der jeweiligen Wartungsintervalle nach verbindlichen Herstellervorgaben bzw. gemäß den Anforderungen des MPG und der MPBetreibV sowie eine entsprechende Dokumentation der Instandhaltung.
- (8) Bei fehlender Mitwirkung des Versicherten hinsichtlich der Instandhaltung, z. B. wenn der Versicherte nicht zu erreichen ist oder nicht auf die Aufforderungen des Vertragspartners reagiert, setzt sich der Vertragspartner mit der AOK in Verbindung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherte rechtzeitig, mindestens zweimal zur Mitwirkung durch den Vertragspartner aufgefordert wurde. Der Vertragspartner hat dies zu dokumentieren und nachzuweisen. Die AOK entscheidet über die weitere Fortführung der Versorgung und teilt diese Entscheidung dem Vertragspartner umgehend mit.
- (9) Die Zuzahlung der Versicherten richtet sich nach den jeweils geltenden Bestimmungen des SGB V (§§ 33 Abs. 8, 43 b, 61 SGB V).
- (10) Der Versicherte bzw. dessen Vertreter hat den Erhalt des Hilfsmittels am Tage des Empfangs durch Unterschrift auf der Anlage 7a oder 7b zu bestätigen. Die AOK kann eine abweichende Form der Empfangsbestätigung zulassen.
- (11) Verband und Leistungserbringer verhalten sich hinsichtlich der Versorgung der AOK-Versicherten krankenkassenneutral und werden die vertraglichen Ziele nach innen und außen objektiv und umfassend darstellen und ihre Mitarbeiter in Fragen der Umsetzung dieses Vertrages und insbesondere hinsichtlich möglicher ergänzender Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 15 umfassend und kontinuierlich schulen.
- (12) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten oder anderer an der Versorgung beteiligter Personen (z. B. Arzt, Krankenhaus, Pflegeheime, Therapeut, Angehörige) durch den Verband oder den Leistungserbringer hinsichtlich einer nicht ausschließlich medizinisch begründeten Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ist nicht zulässig. Auch dahingehende Werbemaßnahmen und solche, welche sich auf die Leistungspflicht der AOK beziehen, sind unzulässig.

§ 8

Produktanforderung/Gewährleistung

- (1) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass die von ihm gelieferten Produkte und Hilfsmittel alle vertraglich aufgeführten Anforderungen, insbesondere die unter § 3 genannten Gesetze, Verordnungen und Vorschriften erfüllen. Für die Produktauswahl gelten die jeweils aktuellen Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, des Hilfsmittelverzeichnisses sowie des MPG und der MPBetreibV. Rechtsansprüche von Versicherten aufgrund von Verstößen des Leistungserbringers gegen vorbenannte Vorschriften gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (2) Die unter § 3 genannten Anforderungen umfassen die Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen. Instandhaltungsmaßnahmen nach diesen Bestimmungen sind erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen und Wartungen, insbesondere nach Herstellervorgaben. Instandsetzungsmaßnahmen sind notwendige Reparaturen. Zur Dokumentation der Instandsetzungsmaßnahmen wird auf die Anlage 8 (Instandsetzungs-/Reparaturschein (Muster)) dieses Vertrages verwiesen. Eine Dokumentation, die von diesem Muster abweicht, jedoch inhaltsgleich ist, ist zulässig.
- (3) Die AOK ist jederzeit berechtigt, die Erforderlichkeit der Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen zu prüfen. Maßnahmen zur Instandhaltung können grundsätzlich nur nach den Vorgaben der MPBetreibV vorgenommen werden, es sei denn, der Hersteller sieht kürzere Wartungsintervalle vor
- (4) Bei Neukäufen liefert der Leistungserbringer ausschließlich Neuware. Möchte er im Einzelfall von diesem Grundsatz abweichen, macht er dieses der AOK auf dem Kostenvoranschlag deutlich kenntlich.

§ 9

Besondere Aufgaben des Verbandes

- (1) Der Verband übernimmt für seine Mitgliedsbetriebe die Vertragsverhandlungen.
- (2) Jeder Mitgliedsbetrieb ist berechtigt, als Leistungserbringer an diesem Vertrag teilzunehmen, wenn alle im Vertrag und den Anlagen jeweils geforderten Voraussetzungen vorliegen, gegenüber dem Verband nachgewiesen und durch diesen geprüft wurden. Der Verband verpflichtet sich, die vorgenannten Unterlagen für die Dauer der Teilnahme des Leistungserbringers an diesem Vertrag aufzubewahren. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 meldet der Verband der AOK innerhalb von 14 Tagen den betreffenden Mitgliedsbetrieb und

verwaltet eine Kopie der Präqualifizierungsurkunde bzw. der Eignungsfeststellung der AOK und die unterzeichnete Beitritts-/Anerkennungserklärung (Anlage 4). Mit der Meldung bestätigt der Verband damit die Erfüllung aller erforderlichen Vertragsvoraussetzungen durch den jeweiligen Mitgliedsbetrieb und übernimmt mit Verwaltung dieser Unterlagen die Gewähr für die Vollständigkeit der notwendigen Unterlagen. Die AOK hat die Berechtigung, das Vorliegen der erforderlichen Vertragsvoraussetzungen im Einzelfall zusätzlich selbst zu überprüfen und die dazu erforderlichen Nachweise beim Verband anzufordern. Die AOK und der Verband verständigen sich auf einen verbindlichen Standard der Übermittlungsform und -inhalte.

- (3) Der Verband übermittelt der AOK einmalig eine elektronische Übersicht (Excel-Datei) seiner Mitgliedsbetriebe. Daraus sollen neben dem Institutionskennzeichen, Namen, Beginn-Datum und Ende-Datum auch die Leistungserbringergruppenschlüssel der beigetretenen Verträge sowie die Präqualifizierungen hervorgehen. Änderungen an dieser Übersicht teilt der Verband unverzüglich mit. Die AOK und der Verband verständigen sich auf einen verbindlichen Standard der Übermittlungsform, -anlässe und -inhalte. Auf Nachfrage ist der AOK kostenlos eine aktuelle elektronische Übersicht zur Verfügung zu stellen.
- (4) Der Verband informiert die AOK unverzüglich nach Bekanntwerden, wenn
 - ein Mitgliedsbetrieb aus dem Verband ausscheidet oder
 - sich Änderungen bei einem Mitgliedsbetrieb ergeben, welche sich auf die Vertragsvoraussetzungen oder die Leistungsberechtigung auswirken.
- (5) Der Verband stellt grundsätzlich sicher, dass die begonnene Hilfsmittelversorgung insbesondere bei Tod, Geschäftsaufgabe, Ausfall der fachlichen Leitung, Insolvenz und bei Wegfall der vertraglichen Voraussetzungen durch einen anderen vertraglich entsprechend eingebundenen Leistungserbringer übernommen wird. Sofern der Verband der AOK mitteilt, dass eine Versorgung nach Satz 1 nicht oder nicht zeitnah über den Verband realisiert werden kann, stellt die AOK die Hilfsmittelversorgung sicher. Produktgruppenspezifische Besonderheiten können in den jeweiligen Preisvereinbarungen vereinbart werden. Garantie- und Gewährleistungsansprüche aus Werk- und Kaufverträgen sind von dieser Regelung nicht betroffen.

§ 10

Abgabevoraussetzungen

- (1) Grundlage für die Leistungserbringung ist die ärztliche Verordnung und, falls nicht anders vereinbart, die Genehmigung der AOK.
- (2) Näheres zur Abgabe von Hilfsmitteln regeln die §§ 7 bis 9 der Hilfsmittel-

Richtlinien (HilfsM-RL) verbindlich.

- (3) Abweichungen und Besonderheiten zu dem in Absatz 1 genannten Grundsatz sind in den jeweiligen Preisvereinbarungen geregelt.

§ 11

Verpflichtungen des Leistungserbringers gegenüber den Versicherten

- (1) Die AOK stellt ihren Versicherten die verordneten Hilfsmittel als Sachleistung gemäß §§ 2 Abs. 1 und 2, 33 Abs. 1 und 2 SGB V zur Verfügung. Andere Kosten als die gesetzlich geregelte Zuzahlung bzw. den zu zahlenden Eigenanteil (Gebrauchsgegenstandsanteil) dürfen dem Versicherten vom Leistungserbringer nicht in Rechnung gestellt werden. Die Zuzahlung der Versicherten für Gebrauchshilfsmittel richtet sich nach § 61 SGB V, die Zuzahlung für Verbrauchshilfsmittel richtet sich nach § 33 SGB V. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten umfassend und ausführlich über die sich nach den Sätzen 2 und 3 im individuellen Einzelfall ergebenden Auswirkungen und deren Gründe zu informieren. Bei der Erstellung eines Kostenvoranschlages gilt dies insbesondere für alle Schuldanerkenntnisse, welche darauf ausgerichtet sind, den Versicherten mit zusätzlichen Kosten zu belasten. Abweichend von Satz 1 dürfen dem Versicherten die Mehrkosten in Rechnung gestellt werden, die durch die Wahl einer „Sofortigen Versorgung“ (vgl. Abs. 2) oder einer „Höherwertigen Versorgung“ (vgl. Abs. 3) entstehen können. Der Versicherte ist vom Leistungserbringer über die nicht medizinisch begründeten (Mehr-) Kosten vor Durchführung der Versorgung schriftlich oder elektronisch zu informieren und darauf hinzuweisen, dass eine Kostenübernahme durch die AOK ausgeschlossen ist.

- (2) „Sofortige Versorgung“:

Der Versicherte ist vom Leistungserbringer darauf hinzuweisen, dass eine Versorgung nach diesem Vertrag erst nach Vorlage einer ärztlichen Verordnung und nach Genehmigung durch die AOK erfolgen kann (vgl. § 6 Abs. 3). Erklärt der Versicherte im Einzelfall daraufhin, dass er die Genehmigung der AOK nicht abwarten möchte und die sofortige Lieferung (= „sofortige Versorgung“) wünscht, ist der Leistungserbringer im Einzelfall berechtigt, mit dem Versicherten einen Vertrag hierüber zu schließen. Der Leistungserbringer hat in diesem Falle eine schriftliche Erklärung des Versicherten einzuholen. Diese Erklärung hat den Hinweis nach Satz 1 und die Erklärung nach Satz 2 zu enthalten. Darüber hinaus ist der Versicherte schriftlich darüber zu informieren, dass

- die Kosten des Hilfsmittels selbst zu tragen sind, sollte die Genehmigung durch die AOK nicht erteilt werden oder

- die Mehrkosten selbst zu tragen sind, sollte die AOK ein anderes Hilfsmittel bzw. im Rahmen des Gegenkostenvoranschlages ein günstigeres Hilfsmittel genehmigen, als das vom Versicherten gewählt.

(3) „Höherwertige Versorgung“:

Bezugnehmend auf die Regelung des Vertrages in § 7 Abs. 3 gehen die Vertragspartner von folgendem gemeinsamen Verständnis einer Hilfsmittelversorgung aus:

Vertragsärzte können bei der Verordnung eines Hilfsmittels entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis benennen oder die siebenstellige Positionsnummer angeben. Das spezielle Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach den Regelungen des abgeschlossenen Vertrages ausgewählt (vgl. auch § 7 Abs. 3 der Hilfsmittelrichtlinien).

Der Leistungserbringer hat eine ausreichende Anzahl aufzahlungsfreier Produkte vorzuhalten und dem Versicherten anzubieten.

Die Auswahlentscheidung des Leistungserbringers konkretisiert den Sachleistungsanspruch des Versicherten gegenüber der AOK.

Wünscht der Versicherte im Einzelfall eine von der Empfehlung des Leistungserbringers abweichende, höherwertigere Versorgung, erklärt der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich, dass er nach ausführlicher Beratung und Hinweis auf die Höhe der Mehrkosten durch den Leistungserbringer eine aufwendigere Versorgung als die medizinisch notwendige und die vertraglich vereinbarte Versorgung wünscht. Der Versicherte bestätigt darüber hinaus auch schriftlich oder elektronisch, dass er die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen hat.

Die Mehrkostenerklärung des Versicherten ist der AOK auf Verlangen vorzulegen.

Für die Abrechnung der Abgabe von höherwertigeren Hilfsmitteln verwendet der Leistungserbringer das in dem Schlüsselverzeichnis zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ bezeichnete Verwendungskennzeichen.

- (4) Besteht eine differenzierte Auffassung über die Art der Versorgung zwischen Versichertem und Leistungserbringer, so ist der Leistungserbringer zunächst verpflichtet, die Unstimmigkeiten im Zuge eines Gesprächs mit dem verordnenden Arzt auszuräumen.

- (5) Kann auch nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gemäß Abs. 4 keine Einigung in Bezug auf die Art der Versorgung hergestellt werden, ist eine Zweitmeinung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die AOK einzuholen. Sollte der MDK für eine endgültige Begutachtung zusätzliche Unterlagen benötigen, werden diese entweder direkt vom MDK oder im Auftrag des MDK's über die AOK vom Leistungserbringer angefordert. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für den Fall, dass der Leistungserbringer während einer bereits durch ihn laufenden Versorgung eine Umstellung z. B. auf ein anderes Produkt vornehmen will.
- (6) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass die Wirkung der Regelungen nach den Absätzen 2 bis 3 transparent gestaltet werden muss. Die Vertragspartner verständigen sich auf ein Verfahren, um die Transparenz der Versorgungssituation nach Satz 1 in geeigneter Art und Weise zu etablieren. Sofern Auffälligkeiten durch die Vertragspartner im Rahmen des Verfahrens nach Satz 2 festgestellt werden, verständigen sich diese zeitnah über die sich daraus ergebenden Konsequenzen.
- (7) Die Ablehnung der Belieferung eines Versicherten aus wirtschaftlichen Gründen ist unzulässig. Ausgenommen davon ist die Nicht-Annahme von Angeboten im Rahmen des § 127 Abs. 3 SGB V.

§ 12

Vergütung/Rechnungslegung/Zahlungsfristen

- (1) Die Höhe der Vergütungen wird in den jeweiligen Preisvereinbarungen geregelt. Die Vergütungen beinhalten jeweils auch die Leistungen entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V, insbesondere die erforderliche Einweisung des Versicherten in den Gebrauch des Hilfsmittels, in seine Funktion, Bedienung und Pflege sowie die Vermittlung notwendiger Fertigkeiten, gegebenenfalls auch in Form von Schulungen, z. B. am Einsatzort, die im Ausnahmefall auch mehrfach innerhalb eines Jahres nach Lieferung erfolgen können.
- (2) Sofern Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt sind, trägt die AOK die Kosten bis zur Höhe dieser Festbeträge. Werden die Festbeträge unterschritten, richtet sich die Vergütung nach der jeweiligen Preisvereinbarung.
- (3) Gibt es für ein Produkt weder einen Festbetrag, noch eine Preisvereinbarung, kommt die Versorgung im Rahmen des § 127 Abs. 3 SGB V zustande. Die in diesem Kostenvoranschlagsverfahren genehmigte Summe stellt dabei die Abrechnungsgrundlage dar.
- (4) Wird seitens der AOK eine Genehmigungsfreiheit für bestimmte Produkte

veröffentlicht, gilt diese ausschließlich für die an diesem Vertrag beteiligten Leistungserbringer. Die jeweils bekanntgemachte Genehmigungsfreigrenze stellt dabei die maximale Abrechnungsgrundlage dar. Die Genehmigungsfreigrenze kann jederzeit, mit einem Vorlauf von einem Monat, einseitig von der AOK angepasst werden. Die aktuelle Fassung wird jeweils zum 1. eines Monats unter www.aok-gesundheitspartner.de veröffentlicht.

- (5) Der Vergütungsanspruch entsteht frühestens mit der Auslieferung des Hilfsmittels. Eine Ausnahme stellen individuell angefertigte Hilfsmittel dar, die aufgrund von Tod des Versicherten nicht ausgeliefert werden konnten. Hier einigen sich die Vertragspartner einvernehmlich.
- (6) Der Leistungserbringer rechnet die aufgrund von vertragsärztlichen Verordnungen erbrachten Leistungen frühestens an dem ersten Tag des Versorgungszeitraumes unter Angabe des kompletten Versorgungszeitraumes mit dem durch die AOK benannten Abrechnungsstandort ab.
- (7) Näheres zur Rechnungslegung ist in der Anlage 2 geregelt. Die Rechnungen werden jeweils 30 Tage nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen im Sinne der Anlage 2 fällig und sind an die vom Rechnungssteller bestimmte Stelle per Valuta zu vergüten.
- (8) Bei Zahlung per Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Zahlungsauftrag dem Geldinstitut innerhalb dieser Frist erteilt wird. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächsten Werktag.
- (9) Kommt die AOK mit den fälligen Zahlungen nach Absatz 8 in Verzug oder sind die Absetzungen nach Abs. 12 zu Unrecht erfolgt, sind von der AOK auf Antrag die gesetzlich vorgesehenen Verzugszinsen zu leisten.
- (10) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Leistungserbringern nur innerhalb von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie erbracht wurden, gegenüber der AOK geltend gemacht werden. Bei Versorgungspauschalen können abweichende Regelungen in der jeweiligen Preisvereinbarung geregelt werden.
- (11) Soweit die AOK Absetzungen vom Rechnungsbetrag aufgrund sachlich-rechnerischer Prüfung vornimmt, wird der Leistungserbringer oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle schriftlich über die Absetzung informiert. Die Absetzung ist zu begründen. In diesem Fall findet Absatz 10 hinsichtlich der Höhe der Absetzungsbeträge keine Anwendung. Gegen die Absetzung kann der Leistungserbringer schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Kenntnisaufnahme der Absetzung durch ihn bzw. die von ihm bevollmächtigte Abrechnungsstelle Einspruch einlegen. Der Einspruch ist zu begründen.

- (12) In begründeten Einzelfällen kann die AOK Beanstandungen nach erfolgter Rechnungsabgleichung innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen schriftlich geltend machen. Unberührt hiervon bleiben Ansprüche auf Schadensersatz aus unerlaubter Handlung sowie die Rückforderung von Zahlungen für Leistungen des Leistungserbringers, die nach dem in § 6 Abs. 7 genannten Zeitpunkt erfolgt sind. Der Rückforderungsbetrag ist auf Antrag vom Leistungserbringer in Höhe des gesetzlich vorgesehenen Verzugszinssatzes zu verzinsen, ab dem Zeitpunkt, an dem die Zahlung erfolgt ist.
- (13) Bei Rechnungsabsetzungen nach Abs. 11 bzw. bei begründeten Beanstandungen der Abrechnung nach Abs. 12 kann die AOK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

§ 13

Datenschutz

- (1) Der Verband und die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach §§ 61 – 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen, wie das Bundesdatenschutzgesetz, das Bremische Datenschutzgesetz, das Sozialgesetzbuch V und X und insbesondere die EU-DSGVO zu beachten und in der jeweils geltenden Fassung jederzeit einzuhalten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt in gleicher Weise auch für eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle. (Insbesondere sind zu schützende Daten vor jeglichem Zugriff durch Unbefugte und Dritte zu schützen und jegliche Weitergabe untersagt.)
- (2) Die Weitergabe von Sozialdaten ist generell nur bei Vorliegen einer gesetzlichen Rechtsgrundlage zulässig. Soweit diese nicht vorliegt, bedarf es immer einer Einwilligungserklärung des Versicherten in die Weitergabe seiner Sozialdaten.
- (3) Der Verband und die Leistungserbringer sind verpflichtet, bei der Abwicklung dieses Vertrages die gemäß Art. 32 EU-DSGVO erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Insbesondere stellt er sicher, dass die Mitarbeiter vor Ausführung der Hilfsmittelversorgung zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (4) Der Verband und der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absatz 1, Absatz 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten. Der Vertragspartner hat bei der Durchführung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens sicherzustellen,

dass die Übermittlung der Daten ausschließlich über einen IT-Dienstleister erfolgt, der einen gültigen Dienstleistervertrag über das elektronische Kostenvoranschlagsverfahren im Bereich Hilfsmittel mit der AOK hat und damit im Hinblick auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet ist.

- (5) Alle bekanntwerdenden Daten dürfen nur dem gesetzlich vorgeschriebenen oder vertraglich festgehaltenen Zwecke sowie Aufgaben entsprechend genutzt und verarbeitet werden. Die Speicherung der Daten ist nur so lange nötig, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist, es sei denn, der Versicherte hat in eine zeitlich darüber hinaus gehende Datenverarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) oder Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO eingewilligt. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (6) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (7) Der Vertragspartner haftet gegenüber der AOK für alle materiellen und immateriellen Schäden, die ihr durch von ihm zu verantwortenden Verstöße gegen die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach den jeweils einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere des LDSG, des BDSG oder des Sozialgesetzbuches (SGB) sowie der Verordnung (EU) 2016/679 entstehen.
- (8) Der Verband und der Leistungserbringer sind in der Pflicht, die AOK über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag unverzüglich zu informieren.

§ 14

Institutionskennzeichen

- (1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 302 SGB V über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) je Betriebsstätte, welches bei der Abrechnung mit der AOK anzugeben ist. Bei mehreren Betriebsstätten (Filialunternehmen) kann die Abrechnung zentral vorgenommen werden, in diesem Falle ist für diese Abrechnungsstelle ein gesondertes IK zu verwenden (analog einem externen Rechenzentrum).

Besitzt der Leistungserbringer Abgabeberechtigungen für unterschiedliche Klassifizierungen entsprechend der aktuellen Regelungen der am IK-Verfahren beteiligten Träger der Sozialversicherung (z. B. sowohl Tätigkeit in der

Orthopädietechnik als auch in der Orthopädieschuhtechnik), sind separate IKs zu führen.

- (2) Das IK ist bei der „Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen“ (ARGE IK), Alte Heer- Str. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.
 - Änderungen, wie z. B. Name, aktuelle Anschrift und Bankverbindung des Leistungserbringers sind der ARGE IK unverzüglich und unmittelbar mitzuteilen. Änderungsmitteilungen an die AOK oder an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister können nicht berücksichtigt werden, da ein Änderungsauftrag an die ARGE IK durch Dritte nicht möglich ist.

§ 15

Qualitätssicherung, Gewährleistung und Haftung

- (1) Die AOK oder eine von ihr beauftragte Stelle kann zur Qualitätssicherung oder Behebung von Zweifeln das vertragsgemäße Verhalten des Leistungserbringers überprüfen. Der Leistungserbringer hat im erforderlichen Umfang an der Klärung aktiv mitzuwirken und die benötigten Unterlagen kostenlos und unverzüglich zur Verfügung stellen.
- (2) Die AOK ist jederzeit (während der üblichen Geschäftszeiten oder nach Terminvereinbarung) berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Vertragspartner die AOK auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V.
- (3) Näheres zu Strukturanforderungen und Qualitätssicherung regelt die Anlage 1 dieses Vertrages.
- (4) Zur Qualitätssicherung nach den vorstehenden Absätzen können auch weitergehende Maßnahmen, wie z. B. Versichertenbefragungen und Auswertungen hinsichtlich des individuellen Versorgungszeitraums (Beginn und Abschluss der Versorgung), vereinbart werden.
- (5) Die Gewährleistung und die Haftung ergeben sich aus dem Gesetz. Weiteres kann in der jeweiligen Preisvereinbarung geregelt werden.

§ 16

Vertragsverstöße und Maßnahmen

- (1) Vor der Festsetzung einer Vertragsmaßnahme ist dem Leistungserbringer

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Im Falle eines Verbandsvertrages soll auch der entsprechende Verband informiert werden.

- (2) Bei Verstößen gegen die vertraglichen Pflichten kann die AOK die folgenden Vertragsmaßnahmen ergreifen:
 - a) Verwarnung,
 - b) Abmahnung,
 - c) Kündigung.
- (3) Die Vertragsmaßnahme wird unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit von der AOK festgesetzt. Dieser Grundsatz ist in der Regel gewahrt, wenn die eine Vertragsmaßnahme auf der anderen Maßnahme aufbaut (Eskalation).
- (4) Erfüllt der Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten auch nach einer Verwarnung nicht, kann die AOK die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe von bis zu 10.000,- EUR aussprechen.
- (5) Bei schwerwiegenden Vertragsverstößen kann die AOK sofort, das heißt ohne vorherige Verwarnung und Abmahnung, den Vertrag fristlos kündigen.

Als schwerwiegender Vertragsverstoß gelten insbesondere:

- a) Falsche Eigenauskunft oder falsche bzw. unvollständige Angaben zur Erfüllung der Vertragsvoraussetzungen; dies gilt im Falle des § 9 entsprechend
- b) Abrechnung von Leistungen trotz fehlender Leistungsberechtigung
- c) Verstoß gegen die Mitteilungspflichten aus §§ 6 Abs. 6 und 18 Abs. 1
- d) Abrechnung von ganz oder teilweise nicht erbrachten Leistungen
- e) Grober Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, §§ 12, 70 SGB V
- f) Geltendmachung bzw. Annahme unzulässiger Zahlungen oder Zuzahlungen von Versicherten
- g) Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen oder Gewährung sonstiger geldwerter Vorteile an Ärzte oder Dritte für die Zuweisung bzw. Vermittlung von Aufträgen i. S. einer Vorteilsnahme ohne Leistung
- h) Verstoß gegen § 128 SGB V
- i) Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen

- j) Manipulation von Abrechnungen und Abrechnungsdaten
 - k) Vordatierung oder Vorquittierung von noch nicht erbrachten Leistungen
 - l) Missachtung der Voraussetzungen des § 126 SGB V, insbesondere bezüglich der Präqualifizierung
 - m) Unbegründete Ablehnung der Leistungserbringung für Versicherte der AOK
 - n) Maßnahmen nach innen oder außen, die geeignet sind, den Ruf der AOK in einer nicht ausschließlich sachlichen Art und Weise in Misskredit zu bringen
 - o) Unzulässige Beeinflussung der Versicherten und unzulässige Werbemaßnahmen, siehe auch § 7 Abs. 7
- (6) Als schwerwiegender Verstoß eines Verbandes gilt ein schwerer oder wiederholter Verstoß gegen die besonderen Aufgaben des Verbandes im Sinne des § 9 sowie ein nachhaltiger Verstoß gegen die dem Verband obliegenden Mitteilungspflichten (§ 6 Abs. 6).
- (7) Abs. 3 Buchstabe o) gilt auch für den Verband, mit der Maßgabe, dass diesem im Falle einer Rufschädigung gegenüber einem anderen Verband oder der AOK fristlos gekündigt werden kann.
- (8) Vertragliche oder gesetzliche Ansprüche bleiben von den vorstehenden Regelungen unberührt.

§ 17

Rückständige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und rückständige Gesamtsozialversicherungsbeiträge

- (1) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, dass der einzelne Leistungserbringer seinen Pflichten als Arbeitgeber auf Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge entsprechend den Regelungen der §§ 28d bis 28n SGB IV pünktlich und umfassend nachkommt.
- (2) Kommt ein Leistungserbringer seiner dahingehenden Verpflichtung nicht oder teilweise nicht nach, oder sind fällige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für diesen selbst bei der AOK ausstehend, so ist die AOK berechtigt, diese Beitragsforderungen mit Forderungen des Leistungserbringers gegen die AOK aus diesem Vertrag gemäß den §§ 51, 52 SGB I zu verrechnen bzw. aufzurechnen. Die notwendige Ermächtigung im Sinne des § 52 SGB I gilt bezüglich der Forderungen der AOK als Kranken- und Pflegeversicherung

wechselseitig als erteilt.

- (3) Soweit eine Aufrechnung bzw. Verrechnung im Sinne des Absatzes 2 rechtlich nicht möglich ist, oder tatsächlich nicht erfolgt, ist die AOK berechtigt, die Zahlung von Forderungen aufgrund dieses Vertrages an den Leistungserbringer im Umfang der ausstehenden Beitragsforderungen als Sicherheit zurückzubehalten. Für berechnigte Beitragsforderungen erfolgt insoweit keine Verzinsung der Vergütung gemäß § 12 Abs. 5; die Erhebung von Säumniszuschlägen gemäß § 24 SGB IV bleibt davon unberührt.
- (4) Ein wiederholter Verstoß gegen die Verpflichtungen nach Absatz 1 stellt einen schwerwiegenden Verstoß im Sinne des § 16 Abs. 5 dar.

§ 18

Regelungen bei Insolvenz

- (1) Bei Eigenantrag des Leistungserbringers auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens hat dieser die AOK gleichzeitig, bei einem Antrag eines Gläubigers innerhalb von spätestens 24 Stunden nach dessen Kenntnis, schriftlich zu informieren und eine Inventarliste über die im Eigentum der AOK stehenden Hilfsmittel unter Angabe des derzeitigen Standortes, der Produktbezeichnung, Inventarnummer und ggf. Seriennummer zu erstellen und diese der AOK in elektronischer Form (Excel-Format) zu übermitteln. Sollte ein Verband oder sonstiger Zusammenschluss von Leistungserbringern Vertragspartner sein, besteht für diesen eine entsprechende Verpflichtung.
- (2) Regelungen zur Sicherung berechtigter Forderungen der AOK, insbesondere für den Fall der Insolvenz, der Geschäftsaufgabe oder den Sterbefall des Leistungserbringers, werden in der jeweiligen Preisvereinbarung unter Verwendung der in der Anlage 6a und 6b geregelten Muster vereinbart.

§ 19

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag gilt ab dem 01.07.2019.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahressende ohne Angabe von Gründen gekündigt werden. Eine Kündigung des Vertrages schließt automatisch eine Kündigung der Anlagen mit ein.
- (3) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen

etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Abreden bestehen nicht.

- (4) Die auf diesem Vertrag basierenden Preisvereinbarungen können nach Maßgabe der dort dazu getroffenen Regelungen und Fristen gesondert gekündigt werden, wobei die Regelungen dieses Vertrages davon unberührt bleiben.
- (5) Sofern sich aufgrund von Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 9 SGB V Änderungen ergeben, verständigen sich die Vertragspartner über die sich daraus auf diesen Vertrag ergebenden Auswirkungen und setzen diese schnellstmöglich um.
- (6) Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach § 19 Abs. 1 bis Abs. 5 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gegenüber der AOK kündigen.

§ 20

Gerichtsstand

- (1) Der Gerichtsstand ist in Bremen.

§ 21

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Sinn und Zweck des Vertrages am Nächsten kommen. Dies gilt insbesondere im Falle von aufsichtsrechtlichen Interventionen.

Bremen, 26.06.2019

Datum/Stempel/Unterschrift
AOK

Datum/Stempel/Unterschrift
Name Leistungserbringer