

**Vertrag  
nach § 127 Abs. 1 SGB V  
über die Versorgung mit Hilfsmitteln  
der Produktgruppe 31 (Schuhe)**

zwischen der

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

- nachfolgend Kostenträger genannt –

und der

**Landesinnung Sachsen-Anhalt  
für Orthopädie-Schuhtechnik**  
Jakobsstraße 5/6  
06618 Naumburg

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

## Inhaltsverzeichnis

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

Anlage 1	Beitrittserklärung
Anlage 2	Erklärung zur Abrechnung nach § 302 i.V.m. § 303 SGB V
Anlage 3	Abrechnung von nicht ausgelieferten Hilfsmitteln
Anlage 4	Ausführungsbestimmungen für orthopädische Maßschuhe
Anlage 5	Ausführungsbestimmungen für Indikationsbedingte Komponenten (IKOs)
Anlage 6	Ausführungsbestimmungen für Therapieschuhe (konfektioniert)
Anlage 7	Ausführungsbestimmungen für orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh
Anlage 8	Ausführungsbestimmungen für Änderungen und Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh
Anlage 9	Ausführungsbestimmungen für Diabetesadaptierte Fußbettungen
Anlage 10	Genehmigungsverfahren
Anlage 11	Preisliste/DTA-Anlage für orthopädische Maßschuhe
Anlage 12	Preisliste/DTA-Anlage für Indikationsbedingte Komponenten (IKO)
Anlage 13	Preisliste/DTA-Anlage für Therapieschuhe (konfektioniert)
Anlage 14	Preisliste/DTA-Anlage für orthopädische Zurichtungen am konfektionierten Schuh
Anlage 15	Preisliste/DTA-Anlage für Änderungen und Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh
Anlage 16	Preisliste/DTA-Anlage für Diabetesadaptierte Fußbettungen
Anlage 17	Preisliste/DTA-Anlage für Fußheberorthese
Anlage 18	Pauschalpreisermittlungsmatrix

## **Präambel**

Diese Vereinbarung entwickelt den zwischen den Parteien mit Wirkung vom 01.06.2009 bereits bestehenden Rahmenvertrag über die Versorgung von Anspruchsberechtigten des Kostenträgers mit von Orthopädie-Schuhtechnikern gefertigten und abgegebenen Hilfsmitteln weiter, die unter anderem in der Produktgruppe 31 (Schuhe) aufgeführt sind. Damit bleibt auch das mit dem Rahmenvertrag vom 01.06.2009 vereinbarte Klassifizierungs- und Pauschalpreisermittlungssystem mit dem Namen „LI-SA Modell“ im Wesentlichen unverändert erhalten und wird fortgeführt. Hauptanlass und -grund dafür sind notwendige Anpassungen an zwischenzeitlich erfolgte gesetzliche Neuregelungen sowie Ergänzungen, die ein reibungsloses Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren sicherstellen. Grundlage der Herstellung orthopädischer Hilfsmittel nach diesem Vertrag bilden die in den jeweiligen positionsgerechten Ausführungsbestimmungen definierten Qualitätsstandards des LI-SA Modells, das sich an der Produktgruppe 31 des Hilfsmittelverzeichnisses orientiert.

Durch diese Vereinbarung sollen außerdem die Leistungs- und Lieferbedingungen transparenter gestaltet und weitere Wirtschaftlichkeitsreserven genutzt werden, wobei gleichzeitig Bedingungen erhalten und geschaffen werden sollen, die die Versorgung der Anspruchsberechtigten auf dem gesetzlich geforderten Qualitätsstandard ermöglichen.

Die Parteien erklären ihr gemeinsames Interesse an der Optimierung und Straffung von Versorgungswegen und der Entbürokratisierung des Verfahrens. Die Parteien sind an der Optimierung der Versorgung durch technische Weiterentwicklung gemeinsam interessiert, wobei zwischen den Parteien Übereinstimmung herrscht, dass in der Hauptsache handwerkliche Leistungen Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Dieser Vertrag regelt die aufzahlungsfreie Versorgung von Anspruchsberechtigten des Kostenträgers mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V in der jeweils gültigen Fassung und des LI-SA Modells in Verbindung mit § 127 Abs. 1 SGB V.  
Dazu gehören orthopädisches Maßschuhwerk, konfektionierte Therapieschuhe, Zurichtungen am konfektionierten Schuh, diabetesadaptierte Fußbettungen, der Spezialschuh für Diabetiker und alle damit im Zusammenhang stehenden Reparaturen, Service- und Dienstleistungen.
2. Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte oder Betreute des Kostenträgers, die zum Zeitpunkt der Ausstellung der ärztlichen Verordnung beim Kostenträger versichert sind und bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln nach Abs.1 medizinisch indiziert ist.
3. Die Anlagen 1 - 18 sind Bestandteil dieses Vertrages.
4. Zur Dokumentation der Mehrkosten ist der entsprechende Dokumentationsbogen aus den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 9 SGB V vom 19.11.2019, die zum 01.02.2020 in Kraft getreten sind, in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.

## **§ 2 Geltungsbereich des Vertrages**

Dieser Vertrag gilt:

Für Mitglieder der Landesinnung Sachsen-Anhalt für Orthopädie-Schuhtechnik bzw. für vergleichbare Organisationsformen und für Leistungserbringer bzw. vergleichbare Organisationsformen, die nicht Mitglied der Landesinnung Sachsen-Anhalt für Orthopädie-Schuhtechnik sind, wenn die Voraussetzungen nach § 5 des Vertrages erfüllt werden, sie die Beitrittserklärung (Anlage 1) unterzeichnet haben und sie während der Vertragslaufzeit eine wohnortnahe Versorgung der Anspruchsberechtigten gewährleisten.

## **§ 3 Versorgungsberechtigung**

1. Der Leistungserbringer muss für jede einzelne Betriebsstätte (Filialen gelten als Betriebsstätte) die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß den gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie die in Voraussetzungen nach § 5 des Vertrages erfüllen.
2. Der Nachweis erfolgt in Form der Vorlage einer gültigen Präqualifizierungsbestätigung in den festgeschriebenen Versorgungsbereichen.
3. Der Leistungserbringer hat das Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen der Versorgungsberechtigung über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Sollte eine Voraussetzung nachträglich entfallen, hat der Leistungserbringer den Kostenträger entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der Handwerksordnung schriftlich zu informieren.

## **§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung**

1. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, Anspruchsberechtigte des Kostenträgers entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages mit Hilfsmitteln zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 2, 12 und 70 SGB V zu beachten.

Der Leistungserbringer gewährleistet eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, entsprechende Versorgung der Anspruchsberechtigten des Kostenträgers. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, darf der Leistungserbringer nicht bewirken, der Kostenträger nicht bewilligen und nicht vergüten.

2. Die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag steht nicht nur unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Qualität, sondern verlangt auch eine wohnortnahe Versorgung. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, während der gesamten Versorgungsdauer eine wohnortnahe Versorgung des Anspruchsberechtigten zu gewährleisten. Wohnortnähe bedeutet, dass zwischen dem ständigen Wohnort des Anspruchsberechtigten und dem abgebenden Leistungserbringer maximal 30 km Entfernung liegen dürfen, um im Bedarfsfall die Erreichbarkeit des gewählten Leistungserbringers für den Anspruchsberechtigten jederzeit sicher zu stellen, z.B. bei erforderlichen Instandsetzungen.

3. Der Leistungserbringer behandelt alle Anspruchsberechtigten des Kostenträgers nach gleichen Grundsätzen.
4. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Anspruchsberechtigte nach Auftragserteilung durch diese, bzw. nach erfolgter Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers unverzüglich mit Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 des Vertrages zu versorgen. Eventuelle Nacharbeiten haben unverzüglich zu erfolgen. Genehmigungsfreie Leistungen (z.B. Reparaturen, orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen) und bei Bedarf notwendige Nacharbeiten haben unverzüglich ohne zeitliche Verzögerung zu erfolgen.
5. Die vertragsgemäßen Versorgungen mit Hilfsmitteln gemäß § 1 Abs. 1 erfolgen gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung zu Lasten des Kostenträgers im Rahmen dieses Vertrages. Die ärztliche Verordnung gilt nur für den Anspruchsberechtigten, für den sie ausgestellt ist. Sie ist nicht übertragbar. Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag im Falle genehmigungsbedürftiger Leistungen dem Kostenträger innerhalb dieses Zeitraums vorliegt, gilt die Frist ebenfalls als gewahrt.

Der Inhalt der ärztlichen Verordnung muss den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie in der gültigen Fassung entsprechen.

Fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung nach der Hilfsmittel-Richtlinie können zur Abweisung der Verordnung führen. Ein Vergütungsanspruch besteht in solchen Fällen nicht.

Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Zustimmung und Vergütung besteht nicht. Änderungen zum Genehmigungsverfahren werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Näheres regelt die Anlage 10.

6. Mit dem elektronischen Kostenvoranschlag ist die ärztliche Verordnung als Dokumentenanlage zu übermitteln.
7. Alle Hilfsmittel, die nach diesem Vertrag genehmigt und abgerechnet werden sollen, sind bei der ersten Genehmigung und Abrechnung nach dem neuen Vertrag mit dem VWKZ 00 einzureichen.
8. Die Hilfsmittel müssen in Qualität und Ausführung mindestens den Produktgruppenstandards des Hilfsmittelverzeichnisses und/oder des LI-SA Modells entsprechen und der Krankheit bzw. Behinderung des Anspruchsberechtigten voll gerecht werden. Die Hilfsmittel müssen grundsätzlich im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V und/oder im LI-SA Modell aufgeführt sein.
9. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Versorgung mit Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 S. 2 Pkt. 6 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
10. Der Leistungserbringer übernimmt die Gewährleistung dafür, dass die von ihm erbrachten Leistungen frei von sachlichen und rechtlichen Mängeln sind. Für die gelieferten Hilfsmittel gelten die Gewährleistungsregelungen für Werklieferungsverträge gemäß § 650 BGB als vereinbart. Die Gewährleistungsrechte dürfen von den Anspruchsberechtigten gegenüber dem Leistungserbringer auch selbst geltend gemacht werden.

11. Innerhalb der Mindesttragedauer gelten die Gewährleistungsfristen gemäß BGB und Nachbesserungen bei passform- und/oder funktionsrelevanten Bauteilen haben kostenfrei zu erfolgen. Eine Abrechnung als Reparatur ist nicht zulässig. Ausnahmen bilden Nachbesserungen und Reparaturen infolge nachgewiesener dynamischer Fehl- und/oder Überbelastungen des Hilfsmittels durch das zwischenzeitlich veränderte Krankheitsbild des Anspruchsberechtigten. Reparaturen infolge unsachgemäßen Gebrauchs werden nicht vom Kostenträger übernommen, sondern sind Eigenleistungen des Anspruchsberechtigten.
12. Reparaturen an und von Versorgungen nach § 1 Abs. 1 dieses Vertrages sind nicht zu Lasten des Kostenträgers zulässig, wenn sie bereits durch eine Folgeversorgung ersetzt worden sind.
13. Wird einem Leistungserbringer nach erfolgloser Mängelrüge innerhalb der Gewährleistungsfrist nach BGB durch einen öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen für Orthopädieschuhtechnik eine verordnungswidrige Versorgung nachgewiesen, deren Ursache in den zuvor gerügten Mängeln besteht, sind die Kosten für die gefertigten Schuhe an den Kostenträger zurückzuerstatten und der Leistungserbringer hat die Kosten des vereidigten Sachverständigen sowie die Bearbeitungspauschale des Kostenträgers in Höhe von 50,00 € zu tragen. Vertragssanktionen sind davon noch nicht berührt.
14. Der Leistungserbringer hat vom Anspruchsberechtigten mit Ausnahme von Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V, Eigenanteil sowie der gesetzlichen Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V keine Zahlungen zu fordern. Wünscht der Anspruchsberechtigte eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, hat der Leistungserbringer den Anspruchsberechtigten über die dadurch entstehenden Mehrkosten im Vorfeld zu informieren und diese mit dem Anspruchsberechtigten abzurechnen.  
  
Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen. Der therapeutische und funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf durch die Umsetzung der Wünsche des Anspruchsberechtigten nicht beeinträchtigt werden.  
  
Zur Dokumentation der Mehrkosten nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V i.V.m. § 127 Abs. 5 Satz SGB V ist der entsprechende Dokumentationsbogen aus den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 9 SGB V vom 19.11.2019, die zum 01.02.2020 in Kraft getreten sind, in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden. Diese sind dem Kostenträger auf Nachfrage unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Zusätzliche Beratungsprotokolle nach §127 Abs. 5 SGB V für Versorgungen ohne Aufzahlungen sind nicht notwendig.
15. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Leistungen unter Angabe des Datums auf der Verordnung bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.
16. Sämtliche zur Hilfsmittelherstellung vom Leistungserbringer benötigten Fertigungsmittel und -unterlagen, wie z.B. die Schuhleisten, Arbeitsmuster, Trittspuren, Foto- und Videodokumente, Maßunterlagen in analoger und elektronischer Form etc. sind Eigentum des Leistungserbringers.
17. Der Anspruchsberechtigte hat die freie Wahl unter den Leistungserbringern des Kostenträgers. Falls der Anspruchsberechtigte es wünscht, unterstützt ihn der Kostenträger bei der Suche nach einem Leistungserbringer.

18. Sind Anspruchsberechtigte nicht in der Lage selbständig oder mit Hilfe Dritter die präqualifizierte Betriebsstätte des Leistungserbringers aufzusuchen, ist im Einzelfall auch eine Versorgung im häuslichen Umfeld des Anspruchsberechtigten möglich. Dies ist vom Arzt ausdrücklich zu verordnen. Näheres regelt die Anlage 10.

### **§ 5 Qualitätssicherung**

1. Der Leistungserbringer hat die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung gemäß § 126 SGB V sicher zu stellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab. Der Leistungserbringer führt den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle).
2. Versorgungen von Anspruchsberechtigten mit Diabetes mellitus dürfen nur von Leistungserbringern gefertigt werden, die im Besitz des Zertifikates für Diabetische Versorgungen nach den Richtlinien des Zentralverbandes für Orthopädie-Schuhtechnik (vormals Bundesinnungsverband Orthopädie-Schuhtechnik) sind. Das Zertifikat ist bei Abgabe der Beitrittserklärung beizufügen.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, nur Materialien und Artikel von einwandfreier Qualität zu verwenden und abzugeben. Neu ausgelieferte orthopädische Hilfsmittel sind mit Herstellungsmonat und -jahr dauerhaft und lesbar zu kennzeichnen.  
  
An ursprünglich nicht gekennzeichneten Lieferungen soll die Kennzeichnung nachgeholt werden. Wird die Kennzeichnung bei Instandsetzungsarbeiten beseitigt oder unleserlich, ist sie zu erneuern.
4. Die in der Versorgung der Anspruchsberechtigten vom Leistungserbringer nach dem Vertrag eingesetzten Hilfsmittel müssen der MDR entsprechen und entweder:
  - im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sein oder
  - über eine CE- Kennzeichnung/gleichwertige Kennzeichnung verfügen und in der Qualität und Ausführung den gelisteten Hilfsmitteln technisch gleichwertig sein.
5. Fachliche, sachliche und personelle Änderungen während der Vertragslaufzeit sind der Präqualifizierungsstelle mitzuteilen. Dem Kostenträger ist eine aktualisierte Präqualifizierung zu übermitteln.
6. Der Kostenträger ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der dem Leistungserbringer nach dem SGB V obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Der Kostenträger ist berechtigt, sämtliche Maßnahmen zu ergreifen, um seine Pflichten aus § 127 Abs. 7 SGB V unter Berücksichtigung der Rahmenempfehlung des GKV-SV nach § 127 Abs. 9 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erfüllen.
7. Der Kostenträger ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in geeigneter Form entsprechend den „Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Abs. 5b SGB V“ nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Entsprechend § 127 Abs. 7 SGB V informiert der Leistungserbringer den Kostenträger auf Anforderung unverzüglich detailliert über die an den Anspruchsberechtigten abgegebenen

Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V.

Stellt der Kostenträger Qualitätsverstöße fest, teilt er dies dem betroffenen Leistungserbringer schriftlich mit. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens hat der Leistungserbringer dann das Recht, zu den Vorwürfen des Kostenträgers innerhalb einer angemessenen Frist von mindestens 14 Tagen Stellung zu nehmen.

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

1. Der Kostenträger hat gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 MPBetreibV über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) die Pflichten eines Betreibers.
2. Der Leistungserbringer übernimmt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 MPBetreibV die aus diesen Pflichten resultierenden Aufgaben.
3. Gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages sind folgende Aufgaben vom Leistungserbringer zu erbringen:
  - a. Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung des Hilfsmittels gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV.
  - b. Instandhaltung der Hilfsmittel gemäß § 7 MPBetreibV.
4. Die Hilfsmittel gemäß Anlagen 11 bis 17 dieses Vertrages stellen i. S. d. MPBetreibV nichtaktive Medizinprodukte dar und sind nicht den Anlagen 1 oder 2 der MPBetreibV zuzuordnen.
5. Die Aufwendungen sind mit den vereinbarten Vergütungen gemäß Anlagen 11 bis 17 dieses Vertrages abgegolten.

### **§ 7 Vergütung und Abrechnung**

1. Mit der Rechnung sind folgende Daten zu übermitteln:
  - Ärztliche Verordnung
  - Vertraglich vereinbartes Verwendungskennzeichen (VWKZ) – entsprechend der Genehmigung (alle Hilfsmittel, die nach diesem Vertrag erstmalig abgerechnet werden, sind bei der erstmaligen Abrechnung mit dem VWKZ 00 einzureichen)
  - Vertraglich vereinbartes Verwendungskennzeichen (VWKZ) – bei genehmigungsfreien Leistungen entsprechend der Vertragsanlagen (alle Hilfsmittel, die nach diesem Vertrag erstmalig abgerechnet werden, sind bei der erstmaligen Abrechnung mit dem VWKZ 00 einzureichen)
  - Anlieferung im Datensatz: Tag des Erhalts des Hilfsmittels
  - Vertraglich vereinbarte 10-stellige Hilfsmittelgebührenpositionsnummer
  - Abrechnungstarifcode/Tarifkennzeichen (AC/TK) des Vertrages

Im Abrechnungsdatensatz sind die ärztliche Verordnung, das Verwendungskennzeichen (VWKZ) gemäß der Genehmigung (bei genehmigungsfreien Leistungen gelten die Anlagen 11 bis 17 entsprechend) und der Tag des Erhalts des Hilfsmittels zu übermitteln.

2. Bei Reparaturen nach ärztlicher Verordnung ist im Abrechnungsdatensatz zu kennzeichnen, welcher Schuh mit welchem Auslieferungsdatum repariert wurde.
3. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn der Kostenträger die Versorgung genehmigt und der Leistungserbringer die Versorgungsleistungen nach den Vorgaben dieses Vertrages selbst erbracht hat. Der Anspruch auf eine Vergütung besteht auch für Leistungen, die nach Anlage 10 genehmigungsfrei sind. Im Übrigen hat der Leistungserbringer einen Anspruch auf die Vergütung von Versorgungsleistungen, wenn diese aus nicht vom Leistungserbringer zu vertretenden Gründen nicht an Anspruchsberechtigte ausgeliefert bzw. übergeben werden können. Die Vergütung für diese Versorgungsleistungen erfolgt nach Einzelfallprüfung durch den Kostenträger entsprechend Anlage 3.
4. Die Vergütungen sind den Anlagen 11 bis 17 zu entnehmen.
5. Die vereinbarten Vertragspreise sind Nettopreise und verstehen sich zzgl. der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer. Änderungen der Mehrwertsteuersätze erfolgen entsprechend der gesetzlichen Regelung.
6. Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V und den gesetzlichen Eigenanteil vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Der Endpreis verringert sich um diese Beträge.
7. Mehrkosten von Anspruchsberechtigten zu Vertragspreisen werden vom Leistungserbringer gesondert durch die Mehrkostendokumentation entsprechend der Rahmenempfehlungen nach § 127 Abs. 9 SGB V nachgewiesen und sind im Abrechnungsdatensatz gemäß § 302 SGB V (als Betrag) zu übermitteln.  
  
Auf Nachfrage sind diese Nachweise dem Kostenträger unverzüglich zur Verfügung zu stellen.
8. Erfährt der Kostenträger vom Ableben des Anspruchsberechtigten und wurde die genehmigte Versorgung noch nicht abgerechnet, informiert der Kostenträger den Leistungserbringer vom Tod des Anspruchsberechtigten über die Kommunikation im Fall. Der Leistungserbringer rechnet die Versorgung entsprechend der Anlage 3.
9. Verweigert ein Anspruchsberechtigter die Annahme des Hilfsmittels, nimmt der Leistungserbringer Kontakt zum Kostenträger auf, um in diesem Einzelfall eine einvernehmliche Lösung mit dem Anspruchsberechtigten herbeizuführen. In Fällen, in denen keine einvernehmliche Lösung gefunden wird, entscheidet der Vertragsausschuss.
10. Bei einer jährlichen Steigerung des gesetzlichen Mindestlohns um mehr als 9,95%, treten die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen über eine adäquate Steigerung der Vertragspreise ein.
11. Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach § 302 SGB V in Verbindung mit dem § 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt und entsprechend umzusetzen. Für alle nicht DTA-konformen Rechnungen wird eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von fünf Prozent des Rechnungsbetrages nach den Regelungen des § 303 SGB V vorgenommen.

12. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Originalverordnung (ärztliche Verordnung) mit Empfangsbestätigung einzureichen, es sei denn, das Imageverfahren findet Anwendung.
13. Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt grundsätzlich innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der kompletten Abrechnungsunterlagen beim Kostenträger. Die Frist gilt als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag dem inländischen Geldinstitut innerhalb dieser Frist erteilt wird. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder ein gesetzlicher Feiertag verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag). Alle Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
14. Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er den Kostenträger unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen des Kostenträgers an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen (Anlage 2). Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem Kostenträger mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der dem Kostenträger gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.  
  
Der Leistungserbringer haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.
15. Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgt ebenfalls unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist, es sei denn, dem Kostenträger liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
16. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 15 übertragen werden soll, ist der Leistungserbringer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 7 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.

## **§ 8 Beanstandungen und Verjährung**

1. Der Kostenträger ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch und sachlich nachzuprüfen. Dabei festgestellte Fehler werden berichtigt und der rechnungslegenden Stelle schriftlich mitgeteilt. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung in Form eines Differenzprotokolls.
2. Die Unrichtigkeiten können vom Kostenträger innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der Rechnung beanstandet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung im Sinne der §§ 823 ff. BGB vor. In diesem Falle gelten die entsprechenden Verjährungsregelungen des BGB. Widerspricht der Leistungserbringer oder seine Abrechnungsstelle der Beanstandung unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch den Kostenträger, so gilt diese als anerkannt. Vom Kostenträger zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Leistungserbringer fällig.

- Wird der Fälligkeitstermin nicht eingehalten, erfolgt eine sofortige Auf- bzw. Verrechnung ohne nochmalige Ankündigung.
3. Noch nicht geltend gemachte Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen verjähren jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab dem Tag der Abgabe des Hilfsmittels nach § 4 Abs. 13 dieses Vertrages.
  4. Es besteht Einvernehmen, dass ein Leistungserbringer, der für Rechnungen der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für seine Beschäftigten pünktlich entrichtet sowie im Rahmen der Vertragsbeziehung entstandene Forderungen des Kostenträgers ordnungsgemäß begleicht. Der Leistungserbringer verpflichtet sich daher, seine Forderungen gegen den Kostenträger nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit seitens des Kostenträgers gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen, Rückforderungen oder sonstiger Forderungen bestehen. Zur Sicherung derartiger Ansprüche besteht zugunsten des Kostenträgers ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB.
  5. Es besteht Einvernehmen, dass der Kostenträger auch im Falle einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt ist, gegenüber der Abrechnungsstelle die Zahlung zu verweigern und mit ihren Ansprüchen gegen den Leistungserbringer aufzurechnen (vergl. § 354 a HGB).

### **§ 9 Wettbewerb**

Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Kostenträgers beziehen. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und Anspruchsberechtigten durch Werbemaßnahmen, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen, ist nicht zulässig.

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

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

5. Der 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 reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Anspruchsberechtigten und deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

### **§ 11 Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Leistungserbringern**

1. Der § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.
2. Hilfsmitteldepots in Arztpraxen oder sonstigen Einrichtungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Leistungserbringer dürfen nur Leistungen abrechnen, die sie selbst erbracht haben.
3. Eine Vergütung von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter durch Leistungserbringer bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung ist unzulässig.

Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen an einzelne Leistungserbringer.

4. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, einer Ausweitung der Verordnungen bzw. der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, oder dergestalt, dass die freie Wahl von Anspruchsberechtigten unter den präqualifizierten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
5. Zulässig sind Versorgungsgespräche in Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen. Explizit nicht zu Versorgungsgesprächen zählt das Maßnehmen am Patienten. Stellt der Arzt die medizinische Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung fest, ist die ärztliche Verordnung dem Anspruchsberechtigten oder seinem Bevollmächtigten auszuhändigen. Eine Weiterleitung der Verordnung direkt vom Arzt zum Leistungserbringer ist unzulässig.

### **§ 12 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen**

1. Verstößt der Leistungserbringer nachweislich schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, kann der Kostenträger nach Anhörung des Leistungserbringers eine Verwarnung aussprechen, eine Abmahnung erteilen, bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 3 % des jährlichen Nettoauftragswertes erheben und den Vertrag außerordentlich kündigen.

Für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes kann der Kostenträger den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung für Leistungen nach diesem Vertrag ausschließen.

Ein schwerwiegender Vertragsverstoß liegt insbesondere vor bei:

- wiederholten Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen bzgl. der Leistungserbringung nach diesem Vertrag,
  - einer Versorgung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Anspruchsberechtigten zur Folge hat,
  - Verstößen gegen das MiLoG nach § 4 Abs. 16,
  - Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Anspruchsberechtigte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen,
  - wiederholten oder schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen in § 10,
  - vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten des Kostenträgers,
  - handwerklichen Tätigkeiten in Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen, die über die Regelungen des § 11 Abs. 5 hinausgehen.
2. Zuwiderhandlungen gegen die Verbote nach § 128 Abs. 1 und 2 SGB V werden angemessen nach Abs. 1 geahndet.
  3. Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüberhinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung bleiben von den Maßnahmen in Abs. 1 unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.
  4. Betrifft die Zuwiderhandlung ein Mitglied der LI-SA, gibt der Kostenträger der LI-SA die Möglichkeit, hierzu Stellung zu nehmen. Dazu informiert der Kostenträger die LI-SA über die Einzelheiten der Zuwiderhandlung und die geplante Festsetzung eventueller Sanktionen. Sanktionen des Kostenträgers ohne vorherige Einbeziehung der LI-SA sind ausgeschlossen.  
  
Zur Information der LI-SA stellt die LI-SA dem Kostenträger jährlich eine aktuelle Mitgliederliste (inklusive der Institutionskennzeichen aller Filialen) zur Verfügung.
  5. Stellt der Kostenträger Vertragsverstöße fest, teilt er dies dem betroffenen Leistungserbringer schriftlich mit. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens hat der Leistungserbringer dann das Recht, zu den Vorwürfen des Kostenträgers innerhalb einer angemessenen Frist von mindestens 14 Tagen Stellung zu nehmen.
  6. Zur Förderung der Zusammenarbeit der Partner dieses Vertrages, zur Regelung von Vertragsstreitigkeiten und zur Klärung von Zweifelsfragen bei der Durchführung dieses Vertrages wird ein Vertragsausschuss gebildet. Der Vertragsausschuss besteht aus zwei Vertretern des Kostenträgers und zwei Vertretern der LI-SA. Der Vertragsausschuss wird auf Antrag eines Leistungserbringers, der LI-SA oder des Kostenträgers tätig. Die Geschäftsordnung wird durch die Mitglieder des Vertragsausschusses festgelegt.

### **§ 13 Laufzeit und Kündigung**

1. Dieser Vertrag tritt am 01.02.2023 in Kraft. Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der ärztlichen Verordnung.
2. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.01.2024 schriftlich gekündigt werden.

3. Die Anlagen 1 bis 18 sind Bestandteil des Vertrages und können mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.01.2024 schriftlich gekündigt werden. Die Vertragsparteien stellen sicher, dass zeitnah Folgeverhandlungen stattfinden.
4. Den Vertragsparteien steht das Recht der außerordentlichen Kündigung des Vertragsverhältnisses bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere bei Wegfall der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen oder bei schwerwiegenden Verletzungen dieses Vertrages zu.
5. Werden nach Abschluss des Vertrages die in diesem Vertrag geregelten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte nach § 139 Abs. 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wesentlich geändert, tritt der Vertragsausschuss nach § 12 Abs. 6 dieses Vertrages zusammen.
6. Bis zum Abschluss eines neuen Vertrages behalten die Regelungstatbestände dieses Vertrages ihre Gültigkeit.

#### **§ 14 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages, der Anlagen und bestehender Nebenabreden unwirksam oder undurchführbar sein oder nachträglich werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung möglichst nahekommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

#### **§ 15 Schlussbestimmungen**

Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den vertraglichen Regelungen gelten nur, wenn der Kostenträger sie schriftlich bestätigt hat. E-Mail und Fax wahren die Schriftform nicht.

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

---

Kostenträger  
AOK Sachsen-Anhalt

---

Verband der Leistungserbringer  
Landesinnung Sachsen-Anhalt für  
Orthopädie-Schuhtechnik