

5. Nachtragsvereinbarung zum **GESAMTVERTRAG**

über die Versorgung Versicherter durch
Orthopädie-Techniker, Orthopädie-Mechaniker, Bandagisten und
Kaufleute des Sanitätsfachhandels, Dipl. Ingenieure für Orthopädie
sowie Orthopädie-Schuhtechniker,
staatlich geprüfte Techniker der Fachrichtung Medizintechnik und Diplom-Ingenieure
mit Abschluss in medizinisch-technischer Ausrichtung und Apotheken
vom 8. Dezember 2006

Zwischen

1. **der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen,
Bad Homburg v.d.H.**
2. **dem BKK Landesverband Süd,
Regionaldirektion Hessen, Frankfurt am Main
in Vertretung für die dieser Nachtragsvereinbarung nebst Anlagen beigetretenen
Betriebskrankenkassen (BKK)**
3. **der IKK classic, Dresden**
4. **der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel**
... nicht in Bezug zu Apotheken.
5. **der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Mitte, Mainz**
im Folgenden Kostenträger genannt
... sofern nicht eigene Verträge dieser Nachtragsvereinbarung entgegenstehen.

und

1. **der Landesinnung Hessen für Orthopädie-Technik, Mörfelden-Walldorf**
2. **dem Landesverband des Hessischen Einzelhandels e. V., Frankfurt
– Fachgebiet Sanitätsbedarf –**
3. **der Landesinnung Hessen für Orthopädie-Schuhtechnik, Langen**
4. **dem Hessischen Apothekerverband e. V., Offenbach**
im Folgenden Berufsverband genannt

Der Gesamtvertrag einschließlich der bisherigen Nachtragsvereinbarungen erhält ab 01. Juli 2014 folgende Fassung:

ANMERKUNG: zur besseren Lesbarkeit der Vereinbarung wurde die männliche Form gewählt. Hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

und die erforderliche Leistungsbereitschaft in personeller, fachlicher sowie sachlicher Hinsicht für eine ordnungsgemäße Versorgung sicherzustellen.

- (4) Für neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommene Produkte einer Produktart gelten grundsätzlich die Regelungen der Produktart.
- (5) Für Leistungen, die nicht Bestandteil der Anlagen sind, ist dem zuständigen Kostenträger vor Lieferung neben der vertragsärztlichen Verordnung ein Kostenvoranschlag zur Zustimmung einzureichen, der neben dem Preis eine Leistungsbeschreibung sowie die Angabe nachvollziehbarer Kalkulationsdetails, wie Grundstoffe, vorgefertigte und fertige Teile plus Aufschlag sowie die benötigte Arbeitszeit und Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V enthält. Ein Anspruch auf Zustimmung kann hiervon jedoch nicht abgeleitet werden. Näheres regeln die Anlagen. Die abzugebende Leistung hat dem genehmigten Kostenvoranschlag zu entsprechen. Versicherten und Kostenträgern bleibt es unbenommen, sich entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot bei mehreren Leistungserbringern nach den Kosten für die ärztlich verordnete Leistung zu erkundigen.
- (6) Ist ein Kostenvoranschlag erforderlich, sollte dieser auf elektronischem Weg beim zuständigen Kostenträger eingereicht werden. Siehe auch Anlage 03 d für Apotheken.

§ 5

Form und Abgabe der Leistungen

- (1) Leistungserbringer und deren Berufsorganisationen verhalten sich hinsichtlich der Versorgung der Versicherten krankenkassenneutral. Sie werden die vertraglichen Ziele nach innen wie nach außen objektiv und umfassend darstellen.
- (2) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur aufgrund einer, im Original vorgelegten vertragsärztlichen Verordnung (sie darf nicht älter als 28 Tage sein) oder eines vom Kostenträger ausgestellten Berechtigungsscheines erbracht werden. Die Leistung ist nach Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung, des Reparaturscheines oder der Zustimmung des Kostenträgers umgehend zu erbringen, sofern nicht Gründe vorliegen, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat. Sollte die Leistungserbringung nicht möglich sein, ist der Kostenträger hierüber unverzüglich zu unterrichten. Die Verordnung beziehungsweise ein vom Kostenträger ausgestellter Berechtigungsschein ist nicht übertragbar und gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt sind. Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung bedürfen der erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (Ausnahme siehe § 9 Abs. 4 Satz 3).
- (3) Die Annahme von vertragsärztlichen Verordnungen und die Ausführung der verordneten Leistungen ist nur gestattet, wenn sich die Versorgungsberechtigung auf jede der verordneten Leistungen erstreckt. Eine Weitergabe von Verordnungen, für die seitens des Leistungserbringers keine eigene Versorgungsberechtigung besteht, an andere Stellen ist nicht gestattet. In diesem Fall ist die Verordnung an den Versicherten zurückzugeben. Ausnahmen hiervon sind nur möglich:
 - bei stationärer Behandlung oder vertragsärztlich bestätigter Bettlägerigkeit,
 - nach ausführlicher Aufklärung des Versicherten über den weiteren Versorgungsablauf und seiner schriftlichen Bestätigung, dass er mit der Weiterleitung der ärztlichen Verordnung an einen anderen, ihm genannten Leistungserbringer einverstanden ist.
- (4) Die zu erbringende Versorgungsleistung ist eine persönliche Leistung des dafür jeweils qualifizierten Fachpersonals. Sie ist nicht delegierbar. Ein Versand von Hilfsmitteln ist nicht gestattet.
- (5) Die Ablehnung der Versorgung eines Versicherten durch den Leistungserbringer ist auf Anfrage des zuständigen Kostenträgers gegenüber diesem zu begründen.

- (6) Die Auswahl des konkreten Hilfsmittels zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung obliegt – unter Beachtung der vertragsärztlichen Verordnung – grundsätzlich dem Leistungserbringer. Sie hat sich ausschließlich an der Versorgungsnotwendigkeit des Patienten auszurichten. Hat der Vertragsarzt ein konkretes Produkt (Produktname oder Verwendung der 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummer) verordnet, ist der Leistungserbringer zur Abgabe nur dann verpflichtet, wenn der Vertragsarzt eine medizinische Begründung speziell für diese Versorgung angegeben hat. Fehlt die medizinische Begründung, hat die Auswahl innerhalb der 7-stelligen Produktuntergruppe zu erfolgen. Gegebenenfalls ist ein Kostenvoranschlag beim Kostenträger einzureichen.
- (7) Maßartikel dürfen nur dann abgegeben werden, wenn eine Versorgung durch Fertigartikel nicht möglich ist. Der Nachweis ist durch den Leistungserbringer zu führen.

Als Maßartikel gelten

- a) nur die in eigener Werkstatt durch Fachpersonal hergestellten Artikel, nicht jedoch die nach individuellen Maßen geänderten Fertig-/Halbfertigartikel,
- b) Artikel der Kompressionsversorgung, die nach den individuellen Maßen des Versicherten hergestellt werden müssen, wenn eine Versorgung mit Konfektionsartikeln nicht möglich ist. In diesen Fällen sind das aktuelle Maßblatt sowie die Kommissions- oder Maßschema-Nr. des Herstellers beizufügen. Eine Verordnung „nach Maß“ ist nicht ausreichend beziehungsweise nicht notwendig.
- c) bei lymphologischer Indikation zusätzlich die Voraussetzungen nach den Anlagen 4 und 8 a und b.
- (8) Ärztlich verordnete Hilfsmittel bedürfen der Zustimmung des zuständigen Kostenträgers. Sofern der betreffende Kostenträger nicht ausdrücklich darauf verzichtet hat, darf die Leistung nur erbracht werden, wenn die Kostenübernahme durch den Kostenträger bescheinigt ist. Gegebenenfalls ist ein detaillierter Kostenvoranschlag bei dem leistungspflichtigen Kostenträger einzureichen.

Bis auf Widerruf, ohne dass es der Zustimmung der Vertragspartner bedarf, verzichten die Kostenträger bei Vertragspreisen, Reparaturen und Festbeträgen bis zu einem Betrag von max. 200,00 €. Nettogesamtsumme je vertragsärztlicher Verordnung auf die Einhaltung des Zustimmungsverfahrens. Dieser Verzicht kann durch Erklärung einzelner Kostenträger widerrufen oder geändert werden.

Sonstige Ausnahmen sind dem jeweiligen Produkt in der Preisvereinbarung zu entnehmen.

- (9) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die vertragsärztliche Verordnung alle erforderlichen Angaben, wie z. B. auch die genaue Angabe der Diagnose (kein ICD-Schlüssel) enthält (Hilfsmittel-Richtlinien). Ist dies nicht möglich, ist vor der Abgabe der Leistung die Zustimmung durch den Kostenträger einzuholen.
- (10) Leistungen dürfen vom Leistungserbringer in Qualität und Funktion nicht abgewertet, sowie kein Unterschied zwischen den Anspruchsberechtigten der Kostenträger gemacht werden. Bei der Versorgung mit festbetragsgeregelten Hilfsmitteln ist mindestens ein Produkt aus den Festbetragslisten aufzahlungsfrei anzubieten.
- (11) Wählt der Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat er die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Der Versicherte bestätigt dem Leistungserbringer schriftlich:

„Ich bin über die Möglichkeit einer aufzahlungsfreien Versorgung, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht und ihren Zweck voll erfüllt, informiert worden. Ich habe eine aufzahlungspflichtige Ausführung des vertragsärztlich verordneten Hilfsmittels gewünscht.“

Mit dem/den von mir ausgewählte(n) Hilfsmittel(n) und den/die dadurch eventuell entstehenden Mehrkosten, auch für Reparaturen, bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich für meine freiwillige Aufzahlung keinen Erstattungsanspruch gegen meine Krankenkasse habe.“

Die Versichertenerklärung ist 12 Monate, gerechnet ab dem Tag der Leistungserbringung, zu archivieren und auf Verlangen dem Kostenträger kurzfristig elektronisch zukommen zu lassen.

- (12) Es sind nur Materialien und Artikel einwandfreier Qualität (Qualitätsstandards nach dem Hilfsmittelverzeichnis sowie den Kriterien des Medizinproduktegesetzes [MPG]) zu verwenden und abzugeben. Der Leistungserbringer haftet für die einwandfreie Beschaffenheit der verwendeten Materialien.
- (13) Zur Kostenübernahme ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten (Tag der Leistungserbringung) – gegebenenfalls nach erfolgter Anpassung – ein Versicherungsverhältnis besteht (Ausnahme siehe § 8 Abs. 8 Satz 1). Dabei kommt es nicht auf den Verordnungszeitpunkt an. Sofern mehrere Anpassungen erforderlich sind, ist der Tag, an dem der letzte Anpassvorgang abgeschlossen und das Hilfsmittel dem Versicherten definitiv zur Verfügung steht, maßgebend.
- (14) Jede Leistung ist durch den Anspruchsberechtigten unter Angabe des Datums des Empfangs einzeln zu bescheinigen. Vorausbescheinigungen sind unzulässig. Der Leistungserbringer hat für jeden Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise eine Dokumentation zu führen, aus der alle Leistungsdaten ersichtlich sind. Die Unterlagen über die Versorgung der Versicherten sind entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zu archivieren (z.B. MPG, MedBetrVo, usw.).
- (15) Neu angefertigte Prothesen, Orthesen und orthopädische Schuhe sind mit Auslieferungsmonat und –jahr dauerhaft und lesbar zu kennzeichnen. An ursprünglich nicht gekennzeichneten Lieferungen ist die Kennzeichnung nachzuholen. Wird die Kennzeichnung bei Instandsetzungsarbeiten beseitigt oder unleserlich, so ist sie zu erneuern. Die Kennzeichnung ist auch bei der Abrechnung von Reparaturen auf dem Kostenvoranschlag beziehungsweise der Rechnung anzugeben.
- (16) Für die Versorgung mit den vereinbarten Produkten gelten im Übrigen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 6 Qualitätssicherung

- (1) Der Leistungserbringer hat sich im Interesse seiner fachlichen Qualifikation beruflich fortzubilden. Hierzu zählen insbesondere die in den Anlagen vereinbarten Bestimmungen über die Ausführung von Vertragsleistungen. Nach Inkrafttreten der gemeinsamen Richtlinien nach § 139 SGB V beziehungsweise Präqualifizierung sind diese Bestandteil des Vertrages.
- (2) Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein. Er sorgt dafür, dass die Mitarbeiter, die im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung eingesetzt werden, an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Als Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - a) fachspezifische medizinische Fortbildung,
 - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte,
 - c) Handhabung von neuen Produkten,

- d) spezifische Fortbildungen wie in den Anlagen geregelt.

§ 7

Kostenvoranschlag

- (1) Die Kostenvoranschläge sollten immer auf elektronischem Weg bei dem Kostenträger eingereicht werden. Dabei gelten die Regelungen des jeweiligen Kostenträgers.
- (2) Jedem Kostenträger bleibt es unbenommen, einen ihm eingereichten Kostenvoranschlag zu prüfen. Eine Ablehnung der Kostenübernahme durch den Kostenträger berechtigt den Leistungserbringer nicht zur unmittelbaren Abrechnung mit dem Versicherten.
- (3) Die Kostenträger sind berechtigt, Hilfsmittel nach folgenden Kriterien zu prüfen und zu begutachten:
 - a) Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels oder seiner Instandsetzung in medizinischer Hinsicht (Verordnungsprüfung),
 - b) Ansatz und Höhe der vom Leistungserbringer veranschlagten Kosten einschließlich der rechnerischen Prüfung des Kostenvoranschlags (sachlich-rechnerische Prüfung),
 - c) auftragsgemäße Ausführung des Hilfsmittels oder der Instandsetzung nach Fertigstellung hinsichtlich Funktionsfähigkeit, Sitz und Verarbeitung (Abnahmeprüfung). Eine Teilnahmepflicht des Leistungserbringers an der Abnahmeprüfung besteht nicht.

§ 8

Vergütung der Leistungen

- (1) Die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages richtet sich vorbehaltlich der rechtswirksamen Festsetzung von Festbeträgen nach § 36 Abs. 2 SGB V nach der jeweiligen Vereinbarung über Vertragspreise/Höchstpreise nach den Anlagen sowie den Kostenvoranschlägen, für die der jeweilige Kostenträger die Kostenübernahme erklärt hat. Soweit nicht anders geregelt, sind alle Preise Nettopreise zuzüglich der jeweils gültigen gesetzlichen Mehrwertsteuer-Sätze. Es werden nur Leistungen vergütet, die durch den Leistungserbringer selbst oder sein Fachpersonal erbracht wurden oder im Auftrag des Leistungserbringers durch Dritte (z. B. Reparaturen) erbracht werden. Hierzu zählen auch Reparaturen, die durch den Hersteller selbst durchgeführt werden müssen.

Mit den Vertragspreisen sind alle Sach- und Betriebskosten (wie z. B. Portokosten, Telefon- oder Faxgebühren, Internetgebühren, Beschaffungskosten und Gebühren an Dritte) abgegolten.

- (2) Besondere Anforderungen durch den Kostenträger sind gesondert zu vergüten.
- (3) Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise im Sinne des § 127 Abs. 2 SGB V und vermindern sich um die vom Leistungserbringer nach § 33 Abs. 8 i. V. mit § 61 SGB V einzuziehende Zuzahlung beziehungsweise den vom Versicherten zu entrichtende Gebrauchswertanteil des Hilfsmittels.

Die Zuzahlung für Verbrauchshilfsmittel richtet sich nach § 61 SGB V (derzeit maximal 10,00 € monatlich je Hilfsmittel). Dies gilt auch, wenn unterschiedliche Verbrauchshilfsmittel aus verschiedenen Produktgruppen bezogen werden. Die Zuzahlung ist unabhängig vom Bestellrhythmus für jeden Monat zu entrichten. Der Leistungserbringer zieht die Zuzahlung ein. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen können, sind von der Zuzahlung befreit. Der Leistungserbringer hat sich davon zu überzeugen, dass die erteilte Befreiung zum Zeitpunkt der Abgabe der Leistung noch gültig ist.

- (4) Für Leistungen, die auf eine Zuweisung oder auf eine unzulässige Form der Zusammenarbeit im Sinne des § 128 Abs. 2 SGB V zurückzuführen sind, besteht kein Vergütungsanspruch.
- (5) Soweit keine Festbeträge nach § 36 SGB V festgesetzt sind, dürfen im Rahmen der Vertragsleistungen nur die nach dem SGB V beziehungsweise § 3 der Verordnung über die Versorgung Unfallverletzter gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen sowie die bei einer Kostenübernahmeerklärung in Form einer Kostenbeteiligung zu erhebende Zuzahlung von Versicherten gefordert und angenommen werden.
- (6) Bei angefertigten orthopädischen Hilfsmitteln, die infolge Ablebens des Versicherten nicht mehr abgegeben werden können oder die der Versicherte trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung innerhalb von drei Monaten nach Fertigstellung nicht abgeholt hat, ohne dass dies vom Leistungserbringer zu vertreten ist, sind die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen vom Kostenträger zu erstatten. Nicht erstattungsfähig ist der durch den Versicherten zu leistende Eigenanteil. Eine Erstattung kommt nicht in Betracht, wenn das Hilfsmittel ganz oder teilweise wieder verwendbar ist. Nach Ablauf einer sechsmonatigen Aufbewahrungsfrist nach Rechnungsstellung kann das Hilfsmittel entsorgt werden.
- (7) Die Gebühren für die Versorgung bettlägeriger Kranker mit Maßartikeln im Krankenhaus oder zu Hause können patientenbezogen nur einmal pro Versorgungsfall berechnet werden. Der Hausbesuch muss vom Vertragsarzt verordnet sein. Bei der Versorgung mit Maßartikeln während der stationären Behandlung wird die Notwendigkeit eines Krankenhausbesuches unterstellt. Leistungserbringer, die in oder an Kliniken Betriebsstätten haben, können dem Kostenträger aufgrund ärztlicher Verordnungen der jeweiligen Klinik die Gebühren für die Versorgung bettlägeriger Kranker im Krankenhaus nicht in Rechnung stellen; dies betrifft nicht ärztliche Verordnungen von außerhalb liegenden Kliniken.

Die abrechnungsfähige Hausbesuchspauschale ist der jeweiligen Produktgruppe zugeordnet. Die Höhe der Mehrwertsteuer hierfür richtet sich nach dem Mehrwertsteuersatz der Hauptleistung.

- (8) Sofern die Versichertendaten mittels gültiger Krankenversicherungskarte erhoben wurden, richtet sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers für Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich und unmittelbar gegen den in der ärztlichen Verordnung des Versicherten genannten Kostenträger. Sollte dort eine Mitgliedschaft eines Versicherten fehlerhaft bezeichnet sein, nehmen die Kostenträger eine interne Verrechnung vor.

Dies gilt nicht für Auftragsfälle eines ausländischen Versicherungsträgers. Ein Kostenvoranschlag ist in diesen Fällen erforderlich.

- (9) Für Leistungen, die im Rahmen von Notfallversorgungen und begründeten Einzelfällen durch einen Dritten erbracht werden, ist ein Abschlag von 20 v. H. bei der Abrechnung einzuräumen. Ärztliche Verordnungen für Notfallversorgungen sind mit dem Vermerk „Notfallversorgung“ zu kennzeichnen.
- (10) Die Zahlung einer Rückvergütung oder eines Abschlages an den Versicherten ist nicht zulässig.
- (11) Sofern vom Leistungserbringer ein ärztlich verordneter Artikel abgegeben und gegenüber einem Kostenträger abgerechnet wird, für den auf Grund seiner leistungsrechtlichen Bewertung keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist der Kostenträger berechtigt, den vom Leistungserbringer für diesen Artikel berechneten Betrag von der Rechnung abzusetzen. Absetzungen sind zu begründen und zu belegen.

§ 9

Abrechnung der Leistungen

- (1) Jede versorgungsberechtigte Betriebsstätte (Filiale) des Leistungserbringers muss über ein eigenes Institutionskennzeichen (IK) verfügen, das bei der Abrechnung mit den im Rubrum

genannten Krankenkassen verwendet werden muss. Ein Leistungserbringer, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt, kann seine Abrechnung wie ein externes Rechenzentrum für diese Betriebsstätten zentral vornehmen. In diesem Fall ist jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben.

*Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten, einschließlich der aktuellen Bankverbindung sind **ausschließlich** der SVI (Sammel- und Verteilstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen – SVI -, Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin zu melden). Derartige, unmittelbar an die Kostenträger oder ihren mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister gerichtete Mitteilungen werden **nicht** berücksichtigt.*

- (2) Besitzt der Leistungserbringer die Versorgungsberechtigung für unterschiedliche Klassifizierungen entsprechend den aktuellen Regelungen der am IK-Verfahren beteiligten Träger der Sozialversicherung (z. B. für die Tätigkeit in der Orthopädiotechnik als auch der Orthopädie-Schuhtechnik), sind separate IK zu führen.
- (3) Es gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 i. V. m. § 303 Abs. 3 SGB V und hierauf basierende zukünftige Vereinbarungen oder Verträge. Der Kostenträger überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungseingang, sofern die Abrechnungsdaten in digitalisierter Form nach § 302 SGB V geliefert werden. Als Eingangstag gilt bei persönlicher Übergabe oder bei Datenfernübertragung der Tag der Ablieferung, bei Übersendung durch die Post der Eingangsstempel der vom Kostenträger benannten Stelle. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Institutionskennzeichen des versorgungsberechtigten Leistungserbringers beziehungsweise der Betriebsstätte (Filiale) einzureichen und beinhaltet alle in der Anlage 10 bezeichneten Angaben.

Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Leistungen, für die die Unterschrift des Leistungsberechtigten, dessen Beauftragten oder gesetzlichen Vertreters fehlt, werden nicht vergütet. Die Unterlagen werden dann vollständig dem Leistungserbringer zurückgegeben.

- (4) Für direkt abrechenbare Hilfsmittel ist immer die vertragsärztliche Verordnung im Original beizufügen, aus der die Diagnose, die der Verordnung zu Grunde liegt, hervorgeht, beziehungsweise bei Reparaturen der Reparaturschein. Fehlt auf der Verordnung die entsprechende Diagnose oder ist diese offensichtlich falsch, ist der Leistungserbringer bei der Beschaffung behilflich. Im Einzelfall kann nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt die Diagnose auf der Rückseite der Verordnung aufgetragen werden.

Wird im Einzelfall die Zustimmung mittels Fax/E-Kostenvoranschlag erteilt, wird dies vom Kostenträger anerkannt, wenn alle anderen Abrechnungsunterlagen im Original beiliegen.

- (5) Bei ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen nach Maß, die nach individuellen Maßen des Versicherten hergestellt werden müssen und als Maßanfertigung abgerechnet werden, ist die Kommissions- oder Maßschemanummer des Herstellers auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung anzugeben und eine Kopie der aktuellen Maßkarte (Muster siehe Anlage 8a) beizufügen. Der Kostenträger ist berechtigt, gegebenenfalls Rückfrage beim Hersteller zu halten.
- (6) Werden Leistungen abgegeben, die einen Zeitraum (z. B. Monatsversorgung) betreffen, ist in der Abrechnung immer der Zeitraum anzugeben, für den die Versorgung erfolgte.
- (7) Der Kostenträger überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 10 Tagen. Als Eingangstag der Rechnungsunterlagen gilt bei persönlicher Übergabe oder bei Datenfernübertra-

gung der Tag der Ablieferung, bei Übersendung durch die Post der Eingangsstempel der von dem Kostenträger benannten Stelle. Bei Rechnungsbegleichung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb der Zahlungsfrist dem Geldinstitut erteilt wurde. Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

- (8) Soweit der Leistungserbringer eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung und Einziehung seiner Forderung ermächtigt hat, zahlt der Kostenträger mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle, es sei denn, dass ihm ein schriftlicher Widerruf der Ermächtigungserklärung vorliegt. Schädigt die Abrechnungsstelle oder der Leistungserbringer anlässlich der Abrechnung den Kostenträger, so haften Abrechnungsstelle und Leistungserbringer nach den gesetzlichen Bestimmungen, gegebenenfalls auch als Gesamtschuldner.
- (9) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit. Differenzen aus vorhergehenden Abrechnungen können verrechnet werden. Bei Unstimmigkeiten im Rahmen der Abrechnung hat der Kostenträger das Recht, insoweit Beträge einzubehalten oder zurückzufordern. Ebenso ist der Kostenträger verpflichtet, Beträge nachzuzahlen.
- (10) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von zwölf Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen wurden, nicht mehr geltend gemacht werden. Beanstandungen müssen binnen 12 Monaten nach Rechnungsstellung schriftlich geltend gemacht werden.
- (11) Verpfändet oder tritt der Vertragspartner Forderungen aus Vertragsleistungen an Dritte ab, bleiben seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Kostenträgern davon unberührt.
- (12) Für die Unfallversicherungsträger gelten Abs. 1 und 2 mit der Maßgabe, dass für jeden Versicherten eine Einzelrechnung mit zusätzlichen Angaben zu den Personalien des Unfallverletzten zu erstellen ist.

§ 10 Datenschutz

- (1) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach §§ 67 – 85 SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen zu beachten. Die Vertragspartner stellen sicher, dass diese Bestimmungen ihrem Personal bekannt gegeben werden und überwachen deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle.
- (3) Der Leistungserbringer, seine Mitarbeiter sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem im Rubrum genannten Kostenträger, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kostenträger erforderlich sind und der Versicherte zustimmt.

§ 11 Werbung

- (1) Versicherte dürfen nicht gezielt motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Vertragspartner von sich aus den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen. Dies gilt auch für die

Beeinflussung anderer an der Versorgung Beteiligter (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Therapeut, Angehörige).

- (2) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der GKV beziehen. Siehe auch Anlage 15.
- (3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
- (4) Es gelten hier die von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und dem Bundesfachverband BVMed im Kodex „Medizinprodukte“ vom Mai 1997 verankerten Verhaltensregeln.

§ 12

Zusammenarbeit zwischen Ärzten und den Leistungserbringern

- (1) Hilfsmitteldepots von Leistungserbringern in Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken oder sonstigen Einrichtungen sind nicht zulässig. Im begründeten Einzelfall sind in Arztpraxen und ärztlich geleiteten Einrichtungen Einzelversorgungen (sind schriftlich zu begründen und der Abrechnung beizufügen) sowie Notfallversorgungen mit sonstigen Hilfsmitteln zulässig. Ärztliche Verordnungen für Notfallversorgungen sind mit dem Vermerk „Notfallversorgung“ zu kennzeichnen. Werden diese Versorgungen von Dritten erbracht, ist ein Abschlag von 20 v. H. bei der Abrechnung einzuräumen.
- (2) Nicht zulässig sind regelmäßige Sprechstunden sowie das Betreiben entsprechender Räumlichkeiten in Arztpraxen beziehungsweise in ärztlich geleiteten Einrichtungen.
- (3) Zulässig sind jedoch Anpassleistungen von individuell handwerklich gefertigten Hilfsmitteln in der Praxis des verordnenden Vertragsarztes oder stationären Einrichtungen durch den versorgungsberechtigten Leistungserbringer, nachdem das Hilfsmittel in der eigenen Werkstatt des Leistungserbringers gefertigt wurde.
- (4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen beziehungsweise deren Mitarbeiter durch den Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistung ist unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder Verordnungen.
- (5) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich ausschließlich an der Versorgungsnotwendigkeit des Patienten auszurichten. Eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Ärzten mit dem Ziel, eine Ausweitung der Verordnung beziehungsweise die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erzielen, oder dergestalt, dass die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.
- (6) Im Übrigen gelten § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung – „Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“ - sowie die dazu ergangenen Richtlinien.

§ 13

Haftung / Gewährleistung

- (1) Jeder versorgungsberechtigte Betrieb ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit der Versorgungsberechtigung, mindestens aber bis zum Ablauf der Gewährleistungspflicht aufrecht zu erhalten. Angemessene Deckungssummen sind mindestens 2.000.000,00 € pauschal für Personen- und 1.000.000,00 € pau-

schal für Sachschäden sowie 100.000,00 € für mitversicherte Vermögensschäden für jeden Versicherungsfall.

- (2) Der Leistungserbringer haftet für sich und seine Mitarbeiter gegenüber den Versicherten und den Kostenträgern nach den gesetzlichen Bestimmungen. Dies gilt auch für an Hilfsmitteln durchgeführte Reparaturen.
- (3) Zur Nachprüfung von Beschwerden über die Anpassung, Qualität der ausgeführten Leistung ist, gegebenenfalls nach Prüfung gemäß § 7 Abs. 3, auf Antrag durch einen von der Handwerkskammer bestellten Sachverständigen, eine Prüfung durchzuführen. Die Kosten trägt derjenige, zu dessen Lasten die Entscheidung ergeht.

§ 14

Vertragserfüllung, Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln, für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis und die Versorgungsberechtigung betreffen, den Kostenträgern unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Grobe Pflichtverletzungen stellen Vertragsverstöße dar, die geahndet werden und gegebenenfalls zu einer außerordentlichen Kündigung führen können. Als grobe (schwerwiegende) Pflichtverletzungen sind insbesondere anzusehen:
 1. Die Abrechnung einer Leistung, die auf einer bewussten Fehlinformation des Leistungserbringers an den verordnenden Arzt über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
 2. Nichtbeachtung von § 7 Abs. 2 Satz 2 dieser Nachtragsvereinbarung.
 3. Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen gemäß den Anlagen.
 4. Nichtmeldung der Änderung der Rechtsform des Leistungserbringers.
 5. Qualitätsmängel des Hilfsmittels, insbesondere, wenn diese eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können, soweit diese vom Leistungserbringer zu vertreten sind.
 6. Die Forderung beziehungsweise Annahme von Aufzahlungen zu Vertragsleistungen von Versicherten, die nicht den gesetzlichen beziehungsweise vertraglichen Regelungen entsprechen.
 7. Die wiederholte verspätete Erbringung von Leistungen durch den Leistungserbringer, so dass die Versorgung der betroffenen Versicherten gefährdet wird.
 8. Werbung in unzulässiger Weise nach § 11 dieser Vereinbarung.
 9. Maßnahmen nach innen oder außen, die geeignet sind den Ruf der am Vertrag beteiligten Vertragspartner in unsachlicher Art und Weise in Misskredit zu bringen.
- (3) Ungeachtet der Möglichkeit des Ausspruchs einer Vertragsmaßnahme besteht bei nachfolgend aufgeführten Vertragsverstößen für Hilfsmittelversorgungen kein Vergütungsanspruch, auch wenn die Hilfsmittel bereits abgegeben und abgerechnet wurden:
 1. Depothaltungen bei Ärzten, gemäß § 128 Abs. 1 SGB V. Verstöße hiergegen führen zum sofortigen Verlust der Versorgungsberechtigung.
 2. Unzulässige Zusammenarbeit im Rahmen des § 128 Abs. 2 SGB V.
 3. Abrechnungsmanipulationen, die wissentlich im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder erbracht wurden, beziehungsweise die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 4. Verstoß gegen § 5 Abs. 3.

5. Zahlungen von Vergütungen oder Provisionen oder Gewährung sonstiger geldwerter Vorteile an Ärzte oder Dritte für die Zuweisung beziehungsweise Vermittlung von Aufträgen i. S. einer Vorteilsnahme ohne Leistung.
 6. Das Anmieten von Räumlichkeiten zur Abhaltung von Sprechstunden in Arztpraxen oder in Räumlichkeiten außerhalb der versorgungsberechtigten Betriebsstätte.
 7. Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder für das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 8. Vordatierung oder Vorquittierung (Globalbestätigung) nicht erbrachter Leistungen.
 9. Missachtung der Voraussetzungen des § 126 SGB V, insbesondere bezüglich der Präqualifizierung sowie der Meisterpräsenz nach dem Handwerksrecht.
- (4) Die Kostenträger haben die Möglichkeit, während der üblichen Betriebszeiten nach Voranmeldung die einzelnen Betriebsstätten aus begründetem Anlass, insbesondere bei Zweifeln am vertragsgemäßen Verhalten, durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich in begründeten Einzelfällen auch auf die Einsicht in die Unterlagen, aus denen die durchgeführten Leistungen für die Versicherten der Kostenträger ersichtlich sind. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter hat die Möglichkeit, die Betriebsbegehung abzulehnen.
 - (5) Alle Feststellungen können jedem am Vertrag beteiligten Kostenträger bekanntgegeben werden.
 - (6) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag können die Kostenträger einzeln oder gemeinsam über Maßnahmen beschließen. Der Betroffene kann zu den Verstößen in angemessener Frist Stellung nehmen. Er hat das Recht, seinen Berufsverband oder einen sonstigen Vertreter beizuziehen.
 - (7) Als Vertragsmaßnahmen kommen insbesondere in Betracht:
 - a) Verwarnung,
 - b) eine Vertragsstrafe in Höhe von 1.000,00 €.:
 1. bei Erstverstoß gegen die vertraglichen Melde- und Mitwirkungspflichten,
 2. vertragswidrige Werbemaßnahmen (§ 11),
 3. bei fehlender Aufklärung zu Aufzahlungen (3 x auffällig) bei Festbeträgen,
 - c) in anderen Fällen in angemessener Höhe,
 - d) Vertragsausschluss von bis zu 2 Jahren bei wiederholtem Verstoß gegen § 128 Abs. 1 oder 2 SGB V (§ 128 Abs. 3 SGB V),
 - e) fristlose Kündigung.
 - (8) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 7 sind die durch die Vertragsverletzung entstandenen Rückzahlungsansprüche zu begleichen.
 - (9) Die fristlose Kündigung gegenüber dem Leistungserbringer hat schriftlich per Einschreiben mit Rückschein zu erfolgen. Eine Vorabübermittlung per Fax ist möglich. In diesem Fall gilt der Fax-Sendebericht bereits als Nachweis für den Zugang der Kündigung.
 - (10) Eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von weiteren Schadenersatzansprüchen durch die Kostenträger bleiben unberührt.

§ 15 Zusammenarbeit

Die Parteien verpflichten sich zu einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit bei der Durchführung des Vertrages. Sollten Anpassungen dieses Vertrages an geänderte Verhältnisse, Klärungen von Zweifelsfragen oder die Beilegung von Meinungsverschiedenheiten erforderlich werden, setzen sich die Vertragspartner unverzüglich miteinander ins Benehmen, um die anstehenden Fragen miteinander zu besprechen und bemühen sich um eine gemeinsame Lösung. So können Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages während der Laufzeit einvernehmlich mit den Vertragspartnern vereinbart werden. Sie bedürfen der Schriftform.

Anlagen

Anlage 01a	Preisvereinbarung Orthopädie-Technik / Sanitätshandel
Anlage 01b	Preisvereinbarung Schuhzurichtungen
Anlage 02a	Preisvereinbarung Orthopädie-Schuhtechnik
Anlage 02b	Preisvereinbarung Kleinorthopädie (nur OST)
Anlage 03a	Preisvereinbarung Apotheken
Anlage 03b	Vertragsangebot/Beitritt zum Vertrag (Apotheke)
Anlage 03c	Erklärung zu Bandagen und Kompressionsartikel (Apotheke)
Anlage 03d	Kostenvoranschlag (nur Apotheken)
Anlage 04	Qualitätssicherung
Anlage 05	Reparaturauftrag
Anlage 06	fehlende Empfangsbescheinigung
Anlage 07	DTA-Abrechnung (§ 302 SGB V)
Anlage 08a	Muster Kompressionsversorgung (lymphatisch)
Anlage 08b	Anforderungen/Ablaufplan lymphatische Versorgung
Anlage 09	Vertragsangebot (Beitritt zum Vertrag (OT-SAN-OST))
Anlage 10	Hilfsmittel-Richtlinien / Arztinformation zum Hilfsmittelverzeichnis
Anlage 11	Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen
Anlage 12a	Profilerhebungsbogen Prothetik,
Anlage 12b	Profilerhebungsbogen Prothetik (Seite 4)
Anlage 12c	Versorgungsanzeige
Anlage 13	Kodex Medizinprodukte
Anlage 14	BKK Beitrittserklärung
Anlage 15	Werbung

Bad Homburg v.d.H.,
Dresden,
Frankfurt am Main,
Kassel,
Langen,
Mainz,
Mörfelden-Walldorf,
Offenbach,

den 19. Mai 2014

AOK - Die Gesundheitskasse

**Landesinnung Hessen für
Orthopädie-Technik**

gez. Unterschrift

gez. Unterschrift

BKK Landesverband Süd

**Landesverband des Hessischen
Einzelhandels e.V.**

gez. Unterschrift

gez. Unterschrift

IKK classic

**Landesinnung Hessen für
Orthopädie-Schuhtechnik**

gez. Unterschrift

gez. Unterschrift

**Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau SVLFG**

Hessischer Apothekerverband

gez. Unterschrift

gez. Unterschrift

**Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Mitte**

gez. Unterschrift
