Rahmenvertrag über die Lieferung von Rehabilitationshilfsmitteln

zwischen der

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Basler Str. 2
61352 Bad Homburg
(nachfolgend AOK Hessen genannt)

und der

der Landesinnung Hessen für
Orthopädie-Technik
Hermannsteiner Straße 83
35576 Wetzlar

sowie

dem Handelsverband Hessen e. V.
Flughafenstraße 4a
60528 Frankfurt

(nachfolgend Vertragspartner genannt)
Diese Formulierung gilt für beide Geschlechter.

wird folgende Vereinbarung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V geschlossen

AC / TK 15 06 200

AC / TK 15 06 226 (nur für Produktgruppe 26)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Leistungsvoraussetzungen
- § 4 Leistungsumfang
- § 5 Qualitätssicherung und Versorgungsqualität
- § 6 Gewährleistung/Insolvenz / Mindestlohn
- § 7 Haftung
- § 8 Betriebshaftpflichtversicherung
- § 9 Medizinproduktebetreiberverordnung
- § 10 Vergütung / Wertsicherung
- § 11 Abrechnung
- § 12 Datenschutz und Schweigepflicht
- § 13 Werbung
- § 14 Zusammenarbeit mit Dritten
- § 15 Vertragsverstöße
- § 16 Inkrafttreten / Vertragslaufzeit / Kündigung
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Salvatorische Klausel

Anlagen

- 1 Beitrittserklärung
- 2 Versorgungsformen
- 3 Empfangsbestätigung
- 4 Reparaturauftrag
- 5 Preisliste
- 6 Produktgruppenbögen
- 7 Produktgruppe 26 / Qualifikation
- 8 Produktgruppe 26 / Erhebungsbogen
- 9 Versichertenerklärung

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- 1) Zur Sicherstellung einer fachgerechten, mehrkostenfreien und qualitativ hochwertigen Versorgung schließt die AOK Hessen folgenden Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Rehabilitation und zur Erleichterung der Pflege der Produktgruppen 01, 04, 10, 19, 20, 21, 22, 26, 28, 32, 33, 50 des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Dienst- und Serviceleistungen.
- 2) Die Vergütung der erbrachten Leistungen ist in den Anlagen geregelt.
- 3) Die im Inhaltsverzeichnis benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle vertragsgegenständlichen Versorgungsleistungen gemäß den Anlagen für Versicherte der AOK Hessen im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.
- 2) Dieser Vertrag gilt für die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen sowie für die Landesinnung Hessen für Orthopädie-Technik sowie den Handelsverband Hessen e.V..
- 3) Weitere Leistungserbringer haben gemäß § 127 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, diesem Vertrag zu gleichen Bedingungen mittels Anlage 1 beizutreten. Diese gelten dann nach diesem Vertrag als Vertragspartner.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

- 1) Zur Versorgung mit den in § 1 Abs. 1 in Verbindung mit den in den Anlagen benannten Hilfsmitteln sind Leistungserbringer nur berechtigt, wenn sie die Präqualifizierungskriterien gemäß der Vereinbarung nach § 126 Abs. 1a SGB V über das Verfahren zur Präqualifizierung von Leistungserbringern zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie den Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in der jeweils aktuellen Fassung (§ 126 Abs. 1 Satz 2 und Satz 3 sowie Abs. 1a Satz 1 und Satz 2 SGB V) erfüllen. Erbringt ein Vertragspartner die Leistung an verschiedenen Betriebsstätten, sind die Voraussetzungen für jede Betriebsstätte gesondert zu erfüllen. Ein Vertragspartner, der über mehrere Betriebsstätten (Filialen) verfügt, kann seine Abrechnung wie ein externes Rechenzentrum für diese Betriebsstätten zentral vornehmen. In diesem Fall ist die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben.
- 2) Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungsleistungen besteht kein Vergütungsanspruch aus diesem Vertrag, auch nicht gegenüber den Versicherten der AOK Hessen. Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung betreffen, hat der Vertragspartner der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen.
- 3) Der Vertragspartner hat die Erfüllung der Voraussetzungen bei Vertragsabschluss mit der Erklärung des Beitritts nach Anlage 1 im Original der AOK Hessen nachzuweisen. Der Vertragsabschluss durch den Beitritt wird durch die AOK Hessen bestätigt und gilt ab Eingang der Beitrittserklärung bei der AOK Hessen, wenn in dem Schreiben oder der Beitrittserklärung selbst kein anderer Termin genannt ist. Ein rückwirkender Vertragsbeitritt ist nur mit nachvollziehbarer Begründung möglich.
- 4) Mitgliedsbetriebe der Landesinnung Hessen für Orthopädie-Technik sowie des Handelsverbandes Hessen e.V. treten dem Vertrag über ihren jeweiligen Verband bei. Hierzu stellen Landesinnung

und Handelsverband den Vertrag ihren Mitgliedsunternehmen zur Verfügung. Die Teilnahme am Vertrag setzt den Nachweis der Leistungsvoraussetzungen gemäß § 3 Abs.1 gegenüber der Landesinnung und dem Handelsverband sowie die Übermittlung der Beitrittserklärung nach Anlage 1 im Original an die Landesinnung bzw. den Handelsverband voraus. Die Landesinnung bzw. der Handelsverband prüfen das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen und übermitteln die erfassten und geprüften Beitrittserklärungen in regelmäßigen Abständen fortlaufend – in der Regel alle 14 Tage – an die AOK Hessen in Form einer Beitrittsliste, sofern sich Änderungen ergeben haben. Ebenso übermitteln Landesinnung und Handelsverband in regelmäßigen Abständen fortlaufend an die AOK Hessen ihr bekannt gewordene Veränderungen der Präqualifizierungsnachweise/-zertifikate durch entsprechende Aktualisierung der Beitrittsliste. Die Übermittlung der Teilnehmerlisten erfolgt in elektronischer Form auf Basis eines gemeinsam abgestimmten Dateiformates (z. B. Excel). Mit Übermittlung des ausgewiesenen Vertragsbeitritts in der Teilnehmerliste nimmt der Mitgliedsbetrieb am Vertrag teil. Die AOK Hessen behält sich das Recht vor, das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen stichprobenhaft zu prüfen. Die Landesinnung weist auf Verlangen das Vorliegen der Voraussetzungen mit den entsprechenden Dokumenten unverzüglich nach.

- 5) Verfügt ein Vertragspartner über mehrere Betriebsstätten, so ist für jede Betriebsstätte eine gesonderte Beitrittserklärung mit den entsprechenden Nachweisen nach Absatz 1 vorzulegen.
- 6) Der Vertragspartner stellt sicher, dass für die hilfsmittelbezogene Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten bei seinem Unternehmen angestellte Mitarbeiter/Innen eingesetzt werden, welche die jeweiligen Voraussetzungen zur Versorgung mit den in den Anlagen aufgeführten Hilfsmitteln erfüllen. Sofern für Teilleistungen aus diesem Vertrag Unterauftragnehmer eingesetzt werden, hat der Vertragspartner sicherzustellen, dass diese über die entsprechende Qualifikation zur Erbringung der jeweiligen Teilleistung verfügen. Es bestehen keinerlei Ansprüche des Unterauftragnehmers gegenüber der AOK Hessen. Die Haftung für etwaige durch den Unterauftragnehmer verursachte Schäden verbleibt beim Vertragspartner. Auf Verlangen der AOK Hessen muss der Vertragspartner im Einzelfall seine Unterauftragnehmer und dessen Leistungsvoraussetzungen, -umfang und Qualifikation zur vereinbarten Leistungserbringung vorlegen.
- 7) Der Vertragspartner gewährleistet und erfüllt, sofern für die jeweilige Versorgung zutreffend, alle Anforderungen nach Maßgabe des Medizinproduktegesetzes (MPG), der EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR), des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes (MPDG), der Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV), des SGB V - insbesondere auch des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) und die Hygienevorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI). Es dürfen nur Hilfsmittel zum Einsatz kommen, welche in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V aufgenommen wurden oder die in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Für neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommene Produkte gelten grundsätzlich die Regelungen der jeweiligen Produktart. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte, die nicht Bestandteil der Vergütungsanlage sind, haben die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Für diese Produkte ist vor Lieferung neben der vertragsärztlichen Verordnung ein elektronischer Kostenvoranschlag zur Zustimmung einzureichen, der neben einer transparenten Preiskalkulation eine konkrete Leistungsbeschreibung enthält.
- 8) Der Vertragspartner sichert zu, dass er die aus der EU-Richtlinie 2017/745 (Medical Device Regulation - MDR) resultierenden, ihn treffenden Pflichten beachtet. Dazu zählen u. a. die den Wirtschaftsakteuren auferlegten Pflichten zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Produkten im Sinne der MDR (Art. 25 ff. der MDR).
- 9) Die Versorgung erfolgt ausschließlich aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer Entlassverordnung durch den Arzt eines Krankenhauses bzw. einer Rehabilitationseinrichtung gemäß §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i. V. m. § 39 Abs. 1a SGB V jeweils mit entsprechender Diagnose. Für die Versorgung nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsm-RL) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Im Einzelfall werden im Rahmen des Entlassmanagements auch vom Muster 16 abweichende Verordnungen (DIN A4 etc.) akzeptiert. Die Leistung ist bei vereinbarter Genehmigungsfreiheit nach Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung, der Entlassverordnung oder nach Erteilung eines

Reparaturauftrages (Anlage 4) durch die Versicherten unverzüglich zu erbringen. Bei bestehendem Genehmigungsvorbehalt ist die Leistung unverzüglich nach Vorliegen einer Genehmigung der AOK Hessen zu erbringen. Sollte die Leistungserbringung nicht möglich sein, ist die AOK Hessen hierüber unverzüglich zu unterrichten. Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung bedürfen der erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (Ausnahme siehe § 11 Abs. 6 Satz 3). Einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt sind Hilfsmittel-Empfehlungen durch Gutachter des Medizinischen Dienstes sowie Verordnungen durch Pflegefachkräfte nach den Richtlinien zur Empfehlung von doppelfunktionalen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 SGB XI.

10) Versicherte der AOK Hessen haben die freie Wahl unter den Vertragspartnern.

§ 4 Leistungsumfang

- 1) Der Vertragspartner versorgt die Versicherten der AOK Hessen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrags. Er berät die Versicherten und gewährleistet eine mehrkostenfreie Versorgung der Versicherten. Die Leistung umfasst insbesondere:
 - die Beratung der Versicherten darüber, welche Hilfsmittel für die konkrete Versorgung in Betracht kommen,
 - die Beratung der Versicherten zu den Möglichkeiten einer mehrkostenfreien Versorgung,
 - die Durchführung und Festlegung der konkreten Produktauswahl,
 - die Herstellung und Abgabe des verordneten Hilfsmittels und
 - die Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels inkl. einer ggf. erforderlichen Anpassung.
- 2) Der Vertragspartner garantiert eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten mit funktionsgerechten, optisch und hygienisch einwandfreien Hilfsmitteln. Die Versorgung der Versicherten erfolgt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Art und Umfang der Versorgung richten sich indikationsbezogen nach dem jeweiligen medizinisch notwendigen Bedarf.
- 3) Der Vertragspartner berät die Versicherten umfassend darüber, welche Hilfsmittel und welche zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen (z. Bsp.: notwendige Anpassungen, Änderungen, Instandsetzungen, Ersatzbeschaffung, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels) in ihrer konkreten Situation, insbesondere unter Beachtung ihrer individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Die Beratung ist durch den Vertragspartner gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die Beratungsdokumentation ist 12 Monate, gerechnet ab dem Tag der Leistungserbringung, zu archivieren und auf Verlangen der AOK Hessen anlassbezogen oder stichprobenbasiert unter Beachtung der maßgeblichen Regelungen des Datenschutzes kurzfristig elektronisch zu übermitteln.
- 4) Die Auswahl des konkreten Hilfsmittels zur medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung obliegt – unter Beachtung der vertragsärztlichen Verordnung – grundsätzlich dem Vertragspartner. 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 Vertragspartner 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 elektronischer Kostenvoranschlag bei der AOK Hessen einzureichen.
- 5) Im Rahmen der Auswahl des Hilfsmittels ist den Versicherten bei Versorgung mit standardisierten Produkten eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Produkten je Produktart vorzustellen und anzubieten, sofern das Hilfsmittelverzeichnis eine hierfür ausreichende Anzahl an Produkten listet. Die mehrkostenfrei angebotenen Produkte müssen sich indikationsgerecht an der ärztlichen Verordnung orientieren, den Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses

entsprechen und für die individuellen Versorgungsanforderungen ausreichend und zweckmäßig sein.

- 6) Individuelle Zurüstungen oder Anfertigungen dürfen nur dann abgegeben werden, wenn eine Versorgung durch Standard-Produkte nicht möglich ist. Der Nachweis ist durch den Vertragspartner zu führen.
- 7) Für die Abgabe der in diesem Vertrag geregelten Leistungen ist eine vorherige Genehmigung der AOK Hessen erforderlich, sofern die AOK Hessen nicht darauf verzichtet hat. Näheres ist in den Vergütungsanlagen beschrieben. Die AOK Hessen kann den Verzicht auf vorherige Genehmigung produktbezogen mit einer Ankündigungsfrist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendermonates schriftlich widerrufen. In diesen Fällen teilt die AOK Hessen den Vertragspartnern die entsprechenden Sachgründe mit.
- 8) Leistungen dürfen vom Vertragspartner in Qualität und Funktion nicht abgewertet werden. Die Bestimmungen über die qualitätsgesicherte Ausführung der Hilfsmittel sind in § 5 Qualitätssicherung und Versorgungsqualität und in den Anlagen näher beschrieben.
- 9) Es sind nur Produkte einwandfreier Qualität (Qualitätsstandards nach dem Hilfsmittelverzeichnis sowie den Kriterien des Medizinproduktegesetzes [MPG]) der EU-Medizinprodukte-Verordnung [MDR] sowie des Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes [MPDG]) zu verwenden und abzugeben. Der Vertragspartner haftet für die einwandfreie Beschaffenheit der verwendeten Produkte bzw. Materialien.
- 10) Wählen Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben diese die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V). Mehrkosten können den Versicherten nur in Rechnung gestellt werden, wenn den Versicherten eine hinreichende Anzahl an Hilfsmitteln nach Maßgabe von Absatz 4 mehrkostenfrei angeboten wurde und diese auf eigenen Wunsch eine abweichende Versorgung wählen bzw. eine Versorgung wählen, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht. Über die Höhe der Mehrkosten informiert der Vertragspartner die Versicherten und dokumentiert dies in seiner Beratungsdokumentation. Die Dokumentation der Beratung zu Mehrkosten ist 12 Monate, gerechnet ab dem Tag der Leistungserbringung, zu archivieren und auf Verlangen der AOK Hessen anlassbezogen oder stichprobenbasiert unter Beachtung der maßgeblichen Regelungen des Datenschutzes kurzfristig elektronisch zu übermitteln.
- 11) Der Vertragspartner behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Er darf eine Belieferung mit medizinisch erforderlichen Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Vertragspartner und dem/der Versicherten durch konkrete Vorkommnisse gestört ist.
- 12) Kann der Vertragspartner die Versorgung der Versicherten nicht sicherstellen, hat er dies der AOK Hessen unverzüglich mitzuteilen, um unter Mitwirkung der AOK Hessen die Weiterführung der Versorgung durch einen anderen, am Vertrag beteiligten Vertragspartner sicherzustellen.

§ 5

Qualitätssicherung und Versorgungsqualität

- 1) Der Vertragspartner verpflichtet sich, sich und seine Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen durch die Teilnahme an Fortbildungen stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten, sofern nicht bereits durch die Präqualifizierungsrichtlinien die regelmäßige Fortbildung verpflichtend geregelt ist. Folgende Schwerpunkte sind dabei zu berücksichtigen:
 - a) fachspezifische medizinische Fortbildung,
 - b) Inhalte und Standards für die in den Anlagen geregelten Produkte und die
 - c) Handhabung von neuen Produkten.

- 2) Die AOK Hessen ist jederzeit 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 Hessen auf Anforderung im Einzelfall unter Beachtung der maßgeblichen Regelungen des Datenschutzes detailliert über die an die Versicherten abgegebenen Leistungen.
- 3) Sofern die AOK Hessen auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Vertragspartner diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der AOK Hessen innerhalb von fünf Arbeitstagen unter Beachtung der maßgeblichen Regelungen des Datenschutzes zu übermitteln.
- 4) Die AOK Hessen hat das Recht, die Einhaltung der Bestimmungen dieses Vertrages durch eigene Mitarbeiter vor Ort sowie in der Betriebsstätte des Vertragspartners zu prüfen.
- 5) Die Versorgungsqualität für die Produktgruppen ist in den jeweiligen Vergütungsanlagen geregelt.

§ 6

Gewährleistung / Insolvenz / Mindestlohn

- 1) Der Vertragspartner übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Beschaffenheit, insbesondere die Betriebs- und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels.
- 2) Kommt der Vertragspartner seiner Verpflichtung zur Versorgung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, so ist die AOK Hessen berechtigt, anstelle des Vertragspartners die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. In diesem Fall hat der Vertragspartner die Mehrkosten zu erstatten.
- 3) Der Vertragspartner verpflichtet sich, der AOK Hessen die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über sein Vermögen oder die Ablehnung der Eröffnung mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Soweit es zu einer Liquidierung und/oder Rechtsnachfolge kommt, ist die AOK Hessen auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der AOK Hessen unverzüglich eine Aufstellung der laufenden Versorgungsleistungen von Versicherten der AOK Hessen zu übermitteln.
- 4) Der Vertragspartner verpflichtet sich, bei der Erfüllung seiner vertraglichen Leistungen die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Mindestlohngesetzes und des Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetzes – soweit er dazu nach § 20 des Mindestlohngesetzes verpflichtet ist – in der jeweils aktuellen Fassung zu beachten und umzusetzen. Bei der Einschaltung von Unterauftragnehmern sind die vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Vertragspartner und Unterauftragnehmern so zu gestalten, dass sie den Bestimmungen des Vertragsverhältnisses zwischen der AOK Hessen und dem Vertragspartner entsprechen. Werden gegenüber der AOK Hessen Ansprüche aufgrund der Missachtung des Mindestlohngesetzes geltend gemacht, besteht ein Freistellungsanspruch der AOK Hessen gegenüber dem Vertragspartner. Der AOK Hessen ist auf Verlangen jederzeit eine umfassende und unverzügliche Auskunft in Bezug auf Zahlung des Mindestlohns zu erteilen.

§ 7

Haftung

- 1) Der Vertragspartner haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag entstehenden Schäden, die den Versicherten oder Dritten dadurch entstehen, dass das Hilfsmittel fehlerhaft ausgeliefert worden ist.
- 2) Der Vertragspartner haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die in Erfüllung und bei Gelegenheit der vertraglichen Verbindlichkeiten entstehen. Der Untergang, der Verlust oder eine Verschlechterung durch unsachgemäßen Gebrauch von im Eigentum des Vertragspartners stehenden Hilfsmitteln gehen nicht zu Lasten der AOK Hessen. Der Vertragspartner ist berechtigt im Falle einer leihweisen Überlassung von Hilfsmitteln sich gegenüber den Versicherten für Fälle sorgfaltswidriger

Handhabung vertraglich abzusichern und sich gegebenenfalls bei den Versicherten schadlos zu halten.

- 3) Die AOK Hessen haftet nicht für Schäden und/oder Verluste, die der Vertragspartner oder seine Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen bei der Ausführung der vertraglichen Leistungen erleiden. Der Vertragspartner verpflichtet sich, die AOK Hessen von entsprechenden Schadensersatz- oder sonstigen Ansprüchen jeglicher Art freizustellen.
- 4) Der Vertragspartner stellt die AOK Hessen von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Vertragspartners stehen, frei.
- 5) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit der AOK Hessen. Sie gelten auch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer zumindest fahrlässigen Pflichtverletzung der AOK Hessen beruhen.

§ 8

Betriebshaftpflichtversicherung

Der Vertragspartner ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in Höhe von mindestens 2.000.000 Euro für Personenschäden, mindestens 1.000.000 Euro für Sachschäden und 100.000 Euro für Vermögensschäden im Rahmen der Vertragserfüllung vorzuhalten.

§ 9

Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV)

- 1) Für alle Versorgungen nach diesem Vertrag werden die aus den medizinprodukte-rechtlichen Pflichten eines Betreibers nach § 3 Abs. 2 S.1 i. V. m. Abs. 1 MPBetreibV resultierenden Aufgaben gemäß § 3 Abs. 2 S. 2 MPBetreibV auf den Vertragspartner der das jeweilige Hilfsmittel bereitstellt übertragen soweit sich nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen und nach Maßgabe der Regelungen gemäß Anlage 2 nichts Abweichendes ergibt.
- 2) Die aus den Pflichten der MPBetreibV resultierenden Aufgaben umfassen insbesondere und soweit für die jeweilige Versorgung einschlägig:
 - a. die Erfüllung der allgemeinen Anforderungen (§ 4 MPBetreibV) sowie die umfassende Einweisung der Versicherten und/oder deren betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch und Dokumentation nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV,
 - b. die Instandhaltung, dies sind Instandhaltungsmaßnahmen wie Inspektionen und Wartungen und die Instandsetzung, nach § 7 MPBetreibV,
 - c. die Durchführung der Funktionsprüfung, Einweisung und Dokumentation nach § 10 MPBetreibV,
 - d. das Führen des Bestandsverzeichnisses nach § 13 MPBetreibV,
 - e. das Führen des Medizinproduktebuches nach § 12 MPBetreibV sowie dessen Aufbewahrung gemäß § 12 Abs. 3 MPBetreibV.
- 3) Die AOK Hessen ist gemäß § 127 Abs. 7 SGB V jederzeit berechtigt, die Erfüllung und Einhaltung der o. g. Aufgaben zu kontrollieren.
- 4) Die näher Ausgestaltung der Aufgabenübertragung und deren Umsetzung, die Vergütung übernommener Aufgaben und die einzelnen Pflichten der Vertragspartner im Kontext der jeweiligen Versorgungsform ergeben sich aus Anlage 2 und Anlage 5.

§ 10

Vergütung / Wertsicherung

- 1) Der Vertragspartner hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber der AOK Hessen, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag vollständig erbracht hat.

- 2) Die Vergütung des Vertragspartners richtet sich ausschließlich nach den Anlagen dieses Vertrages. Die in den Anlagen aufgeführten Vertragspreise sind Nettopreise, zzgl. der jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Umsatzsteuer. Diese ist im Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren separat auszuweisen. Mit der Vergütung sind sämtliche nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen und damit im Zusammenhang stehenden Kosten (Dienst- und Serviceleistungen, Versand-, Fahrtkosten, usw.) sowie Aufwendungen vollumfänglich abgegolten.
- 3) Eine darüberhinausgehende Forderung von Mehrkosten oder einer sonstigen Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber den Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V und den Maßgaben dieses Vertrages unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
- 4) 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.
- 5) Bei individuell angefertigten oder individuell angepassten Hilfsmitteln bzw. Komponenten von Hilfsmitteln, die infolge Ablebens der Versicherten nicht mehr abgegeben werden können oder die die Versicherten trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung innerhalb von drei Monaten nach Fertigstellung nicht abholen oder annehmen, ohne dass dies vom Vertragspartner zu vertreten ist, sind die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen von der AOK Hessen zu erstatten. Der Vertragspartner begründet die nicht erhaltene Unterschrift der Versicherten in diesen Fällen auf der Anlage 3 (Empfangsbestätigung). Nicht erstattungsfähig ist der durch die 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 ein nicht-wiedereinsetzbares Hilfsmittel entsorgt werden.
- 6) Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i. V. m. § 61 SGB V durch den Vertragspartner von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10% v. H. des Abgabepreises, aber höchstens 10 EUR. Zahlen Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die AOK Hessen über. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Sofern Hilfsmittel nach diesem Vertrag abgegeben werden, deren Vergütung ausschließlich zu Lasten der Pflegeversicherung geht, finden die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen der Pflegeversicherung Anwendung.
- 7) Pflegebedürftige, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für Pflegehilfsmittel. Daher leistet die soziale Pflegeversicherung im Rahmen der Vergütung einen Betrag in Höhe der Hälfte der vertraglich vereinbarten Pauschale.
- 8) Der Empfang ist grundsätzlich durch die Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person zu bestätigen.
- 9) Der Vergütungsanspruch kann im Fall der Beendigung der Mitgliedschaft und der Zuständigkeit der Kostenträgerschaft nur dann enden, wenn der Vertragspartner hiervon erfahren hat. Im Falle eines Versicherungsverwechslung kann der Ausgleich über §§ 102 ff. SGB X zwischen der AOK Hessen und der neuen Krankenversicherung erfolgen. Zudem endet der Vergütungsanspruch bei Wegfall der Versorgungsnotwendigkeit der Versicherten und/oder des Wechsels der Versicherten zu einem anderen Vertragspartner. Endet der Präqualifizierungsnachweis ersatzlos, ist ein Anspruch auf Vergütung weiterer Leistungen – auch gegenüber den Versicherten - ausgeschlossen.
- 10) Anfragen der AOK Hessen zur Versorgung beantwortet der Vertragspartner innerhalb von fünf Werktagen; eine gesonderte Vergütung kann hierfür nicht beansprucht werden.
- 11) Ein Vergütungsanspruch besteht mit Abgabe des Hilfsmittels an die Versicherten (Tag der Leistungserbringung). Dabei kommt es nicht auf den Ordnungszeitpunkt an. Sofern eine oder mehrere Anpassungen erforderlich sind, ist der Tag, an dem der letzte Anpassvorgang abgeschlossen und das Hilfsmittel den Versicherten definitiv zur Verfügung steht, maßgebend.

- 12) Jede Leistung ist durch den Anspruchsberechtigten unter Angabe des Datums des Empfangs einzeln zu bescheinigen. Vorausbescheinigungen sind unzulässig.
- 13) Die vereinbarten Nettovertragspreise unterliegen der Wertsicherung. Die vereinbarte Wertsicherung soll als allgemeine Regel einen sachgerechten Ausgleich von inflationsbedingten Marktveränderungen sicherstellen. Die Wertsicherung erfolgt auf Basis der jeweils amtlich festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 71 Abs. 3 SGB V.
- 14) Die Vertragspartner überprüfen jährlich zum Stichtag 01. Oktober eines laufenden Kalenderjahres die Bekanntmachungen des Bundesministeriums für Gesundheit zur durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen. Die im laufenden Kalenderjahr bekanntgemachte Grundlohsummenveränderungsrate (GLS) bildet die Grundlage für eine Anpassung der Vertragspreise im Folgejahr, jeweils zum 01. Januar. Die vereinbarten Nettovertragspreise werden im gleichen prozentualen Verhältnis angepasst, wie sich die bekannt gemachte prozentuale Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller gesetzlichen Krankenkassen entwickelt hat. Die Vertragspartner veranlassen in diesem Fall eine rechtzeitige Aktualisierung des Vertrages und die rechtzeitige Information aller Mitglieder und beigetretenen Vertragspartner. Die Anpassung der Vertragspreise tritt erstmals zum 01.01.2024 in Kraft.
- 15) Vereinbaren die Vertragspartner nach Vertragsbeginn oder nach erfolgter GLSbasierter Veränderung der Vertragspreise für einzelne Leistungen oder einzelne Produkte individuelle Preiserhöhungen oder Absenkungen, so sind diese Leistungen oder Produkte von der im Folgejahr automatisch eintretenden GLS-basierten Veränderung der Vertragspreise nicht erfasst.

§ 11 Abrechnung

- 1) Der Vertragspartner stellt die gelieferten Hilfsmittel versichertenbezogen nach Leistungsabgabe unter Angabe des Institutionskennzeichens in Rechnung. Als zahlungsbegründende Unterlage sind die in Abs. 4 und 5 benannten Nachweise der Abrechnung beizufügen.
- 2) Die monatliche Abrechnung erfolgt zentral über die von der AOK Hessen benannte Abrechnungsstelle.
- 3) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Vertragspartnern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 Abs. 3 SGB V und hierauf basierende Vereinbarungen oder Verträge. Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, können zurückgewiesen werden. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Vertragspartner oder dessen Abrechnungsstelle. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z. Bsp. fehlende Nachweise wie die Empfangsbestätigung, unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z. Bsp. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in den Anlagen vereinbarten Vergütungen kann die Abrechnungsstelle der AOK Hessen dem Vertragspartner die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder die Abrechnung vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnung fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 10 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 2 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 10. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Vertragspartner oder dessen Abrechnungsstelle. Bis zur Erstellung einer fehlerfreien Rechnung ist die AOK Hessen nicht zur Bezahlung verpflichtet.
- 4) Die Rechnung muss mindestens, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, folgende Angaben enthalten:
 - das Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassennummer),
 - den Namen der Krankenkasse,

- die Krankenversicherturnummer (vgl. § 5 Abs. 1 Buchstabe C der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstige Vertragspartner"),
 - den Namen und Vornamen sowie das Geburtsdatum des/der Versicherten,
 - den Versichertenstatus,
 - den/das Abrechnungscode/Tarifkennzeichen (AC/TK),
 - das Verwendungskennzeichen
 - die Gesamtsumme (brutto) je Versicherte, abzüglich der von den Versicherten zu zahlender Zuzahlung,
 - das Institutionskennzeichen des Vertragspartners,
 - der Abrechnungszeitraum,
 - die Art der abgegebenen Leistung,
 - die in den Vergütungsanlagen angegebene 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer, bzw. die vereinbarte Pseudohilfsmittelnummer,
 - die Seriennummer bei Hilfsmitteln im Kauf- / Wiedereinsatzverfahren (Angabe im der Hilfsmittelnummer zugeordneten DTA-Textfeld, Format: „Seriennummer: XXXXXXXXXXXXX“)
 - die Anzahl/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor),
 - der Einzelbetrag der Leistung,
 - der Betrag der gesetzlichen Zuzahlung,
 - die Höhe der wirtschaftlichen Mehrkosten (siehe Absatz 7),
 - die Daten der Leistungserbringung (Versorgungszeitraum von/bis),
 - die Steuer – oder USt. IdNr.,
 - den zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Mehrwertsteuersatz enthalten.
- 5) Sofern das Imageverfahren nicht genutzt wird, sind die rechnungsbegründenden Unterlagen (Urbelege), insbesondere:
- die ärztliche Verordnung mit der LANR und BSNR,
 - die Genehmigung (sofern erteilt),
 - die Rechnung
 - die Empfangsbestätigung oder Angabe der Abliefersnachweise,
- an die benannte Abrechnungsstelle zu übersenden.
- 6) Für die Abrechnung direkt abrechenbarer Hilfsmittel gilt, dass der Abrechnung immer die vertragsärztliche Verordnung im Original beizufügen ist, aus der die Diagnose, die der Verordnung zu Grunde liegt, hervorgeht. Fehlt auf der Verordnung die entsprechende Diagnose oder ist diese offensichtlich falsch, ist der Vertragspartner bei der Beschaffung behilflich. Im Einzelfall kann nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt die Diagnose auf der Rückseite der Verordnung aufgetragen werden. Für die Abrechnung direkt abrechenbarer Reparaturen gilt, dass aus der Abrechnung nachvollziehbar und prüffähig die konkret ausgeführten Reparaturpositionen und Leistungen sowie der Bezug zum reparierten Grundhilfsmittel (Registriernummer) hervorgehen müssen.
- 7) Wählen Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V, ist bei der Abrechnung gemäß § 302 Abs. 1 SGB V der mit den Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
- 8) Für Fälle, in denen die AOK Hessen die Versorgung im Auftrag erfüllt, z. Bsp. „BEG“ (Bundesentschädigungsgesetz), ist eine Einzelabrechnung in doppelter Ausfertigung zu erstellen. Im Übrigen gelten die Regelungen für die Versorgung der Versicherten.
- 9) Soweit der Vertragspartner eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung und Einziehung seiner Forderung ermächtigt hat, zahlt die AOK Hessen mit befreiender Wirkung an die Abrechnungsstelle so lange, bis ihr ein schriftlicher Widerruf der Einzugsermächtigung vorliegt. Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Institutionskennzeichen des Vertragspartners einzureichen.

- 10) Die Abrechnungsstelle der AOK Hessen überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von vier Wochen. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der Abrechnungsstelle der AOK Hessen vorliegen. Die Frist gilt bei Zahlungseingang als gewahrt.
- 11) Sachliche, rechnerische und sonstige Unstimmigkeiten ohne vertragsrechtliche oder strafrechtliche Relevanz müssen innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Differenzen werden dabei zwischen den Vertragsparteien verrechnet oder können zurückgefordert werden. Sie sind dem Vertragspartner schriftlich mitzuteilen.
- 12) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen erbracht wurden, nicht mehr geltend gemacht werden.
- 13) Werden die Abrechnungsdaten nicht auf elektronischem Wege übertragen bzw. nicht maschinell verwertbar übermittelt und hat dies der Vertragspartner zu vertreten, stellt die AOK Hessen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten dem Vertragspartner durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung (§ 303 SGB V). Die Rechnung wird entsprechend gekürzt.
- 14) 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.

§ 12

Datenschutz und Schweigepflicht

- 1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- 2) Der Vertragspartner 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 Vertragspartner verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (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. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse sowie gegenüber den vom Vertragspartner, ausschließlich im Rahmen der Erbringung der von diesem Vertrag umfassten Leistungen.
- 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 Vertragspartner 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 Vertragspartner unterliegt hinsichtlich der Versicherten 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.

- 7) Verstöße gegen das Datenschutzrecht bzw. Sozialdatenschutzrecht nach den §§ 85 und 85a SGB X, der §§ 42 oder 43 BDSG sowie weiterer einschlägiger Rechtsvorschriften können mit einer Geldbuße, Freiheits- oder Geldstrafen geahndet werden. Auch kann eine Verletzung spezieller Geheimhaltungsvorschriften (insbesondere § 203 StGB) vorliegen.
- 8) Der Vertragspartner unterrichtet die Abteilung Hilfsmittel der AOK Hessen unverzüglich über meldepflichtige Datenschutzverletzungen – auch seiner Mitarbeiter – oder anderer Unregelmäßigkeiten bei der Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung und bei Störungen des Prozessablaufes. Dabei sind die einschlägigen Vorgaben aus § 83a SGB X sowie der Artikel 33 und 34 EU-DSGVO zu beachten.

§ 13 Werbung

- 1) Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Hessen beziehen.
- 2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Vertragspartner von sich aus den Vertragsarzt/die Vertragsärztin in seiner Verordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen.
- 3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin und/oder fachkundige Beratung der Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollen sich auf das gesamte vorhandene Marktangebot und nicht auf Produkte einzelner Hersteller beziehen.
- 4) Die Versorgung mit mehrkostenfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit den Versicherten, Betreuer oder Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.
- 5) Die Vertragspartner unterlassen Maßnahmen, nach innen oder außen, die geeignet sind den Ruf der am Vertrag beteiligten Vertragspartner in unsachlicher Art und Weise in Misskredit zu bringen.

§ 14 Zusammenarbeit mit Dritten

- 1) Externe Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung der Versicherten (ohne Zustimmung der Versicherten oder deren Vertretungsberechtigten) sind unzulässig.
- 2) Die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sind nach § 128 SGB V unzulässig. Ausgenommen hiervon sind ausschließlich Versorgungen mit Hilfsmitteln, die bei einem Notfall benötigt werden.
- 3) Nicht zulässig sind regelmäßige Sprechstunden sowie das Betreiben entsprechender Räumlichkeiten in Arztpraxen beziehungsweise in ärztlich geleiteten Einrichtungen. Zulässig sind jedoch Anpassleistungen von individuell handwerklich gefertigten Hilfsmitteln in der Praxis des verordnenden Vertragsarztes oder stationären Einrichtungen durch den versorgungsberechtigten Vertragspartner, nachdem das Hilfsmittel in der eigenen Werkstatt des Vertragspartners gefertigt wurde.
- 4) Eine Vergütung von Dienstleistungen oder Gewährung anderer Vorteile an niedergelassene Ärzte, stationäre Einrichtungen beziehungsweise deren Mitarbeiter durch den Vertragspartner 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 der Patienten auszurichten. Eine Zusammenarbeit zwischen Vertragspartnern 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 Vertragspartnern beeinflusst wird, ist nicht zulässig.

§ 15 Vertragsverstöße

- 1) Erfüllt der Vertragspartner seine Vertragspflichten nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen Vertragspflichten, so kann ihn die AOK Hessen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verwarnen, unter den in § 15 Abs. 4 genannten Voraussetzungen eine Vertragsstrafe aussprechen oder den Vertrag außerordentlich kündigen. Verwarnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- 2) Die AOK Hessen gibt dem Vertragspartner vor Verhängung der in Abs. 1 benannten Maßnahmen die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- 3) Als Verstöße im Sinne von Abs. 1 gelten insbesondere:
 - a. Nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführte Beratung von Versicherten über die Möglichkeit einer mehrkostenfreien Versorgung,
 - b. Abrechnung nicht oder nicht selbst ausgeführter Leistungen und/oder Lieferungen,
 - c. Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und/oder der Abrechnung entsprechen,
 - d. Abgabe von Hilfsmitteln unter Forderung unzulässiger Entgelte gemäß § 10 Abs. 3 oder gemäß § 4 Abs. 8,
 - e. Nichtanlieferung der Höhe der mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten gemäß § 11 Abs. 7,
 - f. Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 10 Abs. 11,
 - g. unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten/Vertragsärztinnen, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 14 Abs. 2),
 - h. Beteiligung von Ärzten/Ärztinnen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (vgl. § 14 Abs. 4),
 - i. Leistungserbringung trotz Nichterfüllung bzw. Wegfall der Eignungsvoraussetzungen gemäß § 3,
 - j. Leistungserbringung mit Mängeln, welche die medizinische und therapeutische Zielsetzung gefährden,
 - k. Nicht oder nicht rechtzeitige Aufgabenerfüllung der Betreiberpflichten der MPBetreibV gemäß § 9,
 - l. Verstoß gegen die Grundsätze der Leistungserbringung gemäß § 4 Leistungsumfang oder Verstoß gegen § 12 Datenschutz und Schweigepflicht,
 - m. rufschädigende Maßnahmen (vgl. § 13 Abs. 5),
 - n. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz,
 - o. Nichtbeachtung der Vorschriften des Mindestlohngesetzes und des Schwarzarbeiterbekämpfungsgesetzes (SchwarzArbG).
- 4) Nicht als Vertragsverstoß gilt, wenn eine Versorgung aufgrund von Nicht-Verfügbarkeit eines Produkts bedingt durch Lieferengpässe der Hersteller oder Großhändler nicht möglich, oder nicht fristgerecht möglich ist und der Leistungserbringer, die nicht mögliche oder nicht fristgerechte Versorgung somit nicht zu vertreten hat.
- 5) Die AOK Hessen kann bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verstoß im Sinne des § 15 Abs. 3 nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 10.000,00 EUR je Einzelfall fordern. Die Gesamthöhe kumulierender Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5 % des Bruttorechnungsbetrages, bezogen auf den Gesamtumsatz nach diesem Vertrag, der in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten vor dem zuletzt festgestellten Vertragsverstoß erwirtschaftet wurde. Ggf. gemäß § 11 Abs. 13 erfolgte Kürzungen werden angerechnet.

- 6) Im Falle schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen des § 15 Abs. 3 kann der Vertragspartner für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. § 128 Abs. 3 SGB V).
- 7) Unabhängig von den Maßnahmen gemäß § 15 Abs. 1 bis 5 hat der Vertragspartner der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen. Ggf. gemäß § 15 Abs. 5 verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet.

§ 16

Inkrafttreten/Vertragslaufzeit/Kündigung

- 1) Der Vertragsbeginn ist der 01.10.2022. Maßgebend bei der Versorgung ist der Tag der Verordnung.
- 2) Mit Inkrafttreten dieses Vertrages verlieren alle bisherigen Verträge, Vereinbarungen und Absprachen zu den in diesem Vertrag geregelten Produkte ihre Gültigkeit.
- 3) Der Vertrag kann frühestens zum 31.12.2025 von jeder Vertragspartei ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen gekündigt werden.
- 4) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Bis zum Inkrafttreten einer neuen vertraglichen Regelung gelten die bisherigen Bestimmungen weiter. Diese Zeit ist auf sechs Monate nach Vertragsende begrenzt, es sei denn, die Vertragspartner treffen eine anderweitige Regelung.
- 5) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Vertragsparteien unberührt. Ein wichtiger Grund besteht für die AOK Hessen insbesondere, aber nicht ausschließlich, bei:
 - a) Verwendung nicht vertragsgemäßer Hilfsmittel,
 - b) nachhaltiger Nicht- oder Schlechtleistung des Vertragspartners,
 - c) Nichteinhaltung der Regelung des § 4 Absatz 2,
 - d) schwerwiegenden Vertragsverstöße nach § 15 Abs. 3 g) und h) dieses Vertrages,
 - e) gesetzlichen, gerichtlichen, aufsichtsrechtlichen Maßnahmen sowie Beschlüsse oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), die dem Vertrag seine Grundlagen entziehen und die Erfüllung des Vertrages rechtlich oder tatsächlich unmöglich machen,
 - f) aufsichtsrechtlicher Anordnung gemäß § 71 Abs. 6 SGB V.
- 6) Der Vertragspartner hat die begonnenen Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag in vollem Umfang sicherzustellen, auch wenn der Vertrag durch Zeitablauf, Kündigung oder aus sonstigen Gründen endet. Die AOK Hessen hat die vor Vertragsende begonnenen Versorgungsleistungen nach Maßgabe eines bereits genehmigten Kostenvoranschlages oder auf Basis vereinbarter Vertragspreise bei genehmigungsfreien Leistungen zu vergüten.
- 7) Das Vertragsverhältnis endet, ohne dass es einer separaten Kündigung bedarf, bei Widerruf der Präqualifizierung gemäß § 126 SGB V, Aufgabe, Übergabe oder dem Verkauf des Betriebes.
- 8) Schadensersatzansprüche oder sonstige Ausgleichszahlungen sind im Falle einer Kündigung nach Abs. 5 Buchstabe e) und f) ausgeschlossen.
- 9) Bei Änderungen des Verhandlungsvertrages durch die Vertragspartner informiert die AOK Hessen unverzüglich über den Inhalt der Änderungen. Dem Vertragspartner steht in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Information zu. Die Sonderkündigung hat in schriftlicher Form zu erfolgen.

- 10) Eine Kündigung, die durch einen oder gegenüber einem nach § 127 Abs. 2 beigetretenen Leistungserbringer erklärt wird, wirkt nur für und gegen diesen Leistungserbringer
- 11) Einzelne Vertragsanlagen, Produktgruppen oder Produkte können unabhängig vom gesamten Verhandlungsvertrag separat mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen gekündigt werden, Absatz 4) gilt entsprechend.

§ 17 Gerichtsstand

Gerichtsstand für Streitigkeiten aus diesem Vertrag ist - soweit gesetzlich zulässig - ausschließlich der Sitz der AOK Hessen.

§ 18 Salvatorische Klausel

- 1) Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Geltung dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien sind vielmehr einander verpflichtet, die unwirksame/undurchführbare Bestimmung oder den unwirksamen/undurchführbaren Bestandteil durch eine gesetzlich zulässige Regelung so zu ersetzen, wie es Sinn und Zweck dieses Vertrages entspricht. Das Entsprechende gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.
- 2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

Bad Homburg den

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Wetzlar, den

Landesinnung Hessen für Orthopädie-Technik

Frankfurt, den

Handelsverband Hessen e.V.