

VERTRAG
gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
zur Versorgung mit Hilfsmitteln
zum **01.02.2015**

zwischen dem

BKK-Landesverband NORDWEST

Kronprinzenstr. 6

45128 Essen

- nachfolgend BKK LV genannt –

und der

Innung für Orthopädieschuhtechnik
handelnd für seine Mitglieder

Landesinnungsverband Orthopädie-Schuhtechnik

Nordrhein-Westfalen

- nachfolgend Leistungserbringer genannt –

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) **16 90 134**

Inhaltsverzeichnis:

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Versorgungsberechtigung.....	4
§ 4 Anspruchsberechtigung	5
§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung.....	5
§ 6 Abgabe der Leistung	5
§ 7 Qualität.....	7
§ 8 Werbung und Zusammenarbeit zwischen Arzt und Leistungserbringer.....	8
§ 9 Datenschutz und Schweigepflicht.....	9
§ 10 Vertragsverstöße und Vertragsstrafen.....	10
§ 12 Rechnungslegung und Bezahlung	11
§ 13 Verwendung des Institutionskennzeichens	12
§ 14 Beanstandungen und Verjährung	13
§ 15 Gewährleistung/ Haftung	13
§ 16 Salvatorische Klausel	13
§ 17 Schlussbestimmungen	13
§ 18 Inkrafttreten und Kündigung	13

Anlagen:

1.1	Anerkenniserklärung
1.2	Qualitätsanforderungen
1.3	Genehmigungsverfahren
1.4	Beitrittserklärung
2	Patientenerklärung
3	Versorgung mit PG 02 (Adaptionshilfen 02.40.01.2-3 Strumpfanziehhilfen)
4	Versorgung mit PG 05 (Bandagen nur Fuß bzw. bis einschließlich Knie)
5	Versorgung mit PG 08 (Einlagen)
6	Versorgung mit PG 10 (Gehhilfen 10.50.01-03 Gehstöcke)
7	Versorgung mit PG 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie)
8	Versorgung mit PG 23 (Orthesen- jeweils bis zum Knie)
9	Versorgung mit PG 24 (Prothesen- beschränkt auf Fuß- sowie Fußteilprothesen)
10	Vereinbarung über die Lieferung von orthopädischen Maßschuhen, Zurichtungen an konfektionierten Schuhen und Therapieschuhen (PG 31)
10.1	Zuordnung der Kategorien zu Indikationen
10.2	Einteilung nach Risikogruppen für die Schuhversorgung beim diabetischen Fuß
10.3	Preise und Leistungsbeschreibung für orthopädische Schuhe
10.4	Preise und Leistungsbeschreibung für orthopädische Zurichtungen an konfektionierten Schuhen
10.5	Preise und Leistungsbeschreibung für konfektionierte Therapieschuhe
10.6	Preise für Instandsetzungen
11	Abtretungserklärung Protokollnotiz

Präambel

Ziel der Vereinbarung ist die Schaffung der Rahmenbedingungen für die Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit von Orthopädie-Schuhtechnikern gefertigten und abgegebenen Hilfsmitteln. Durch diese Vereinbarung sollen die Leistungs- und Lieferbedingungen transparenter gestaltet und weitere Wirtschaftlichkeitsreserven genutzt werden, wobei gleichzeitig Bedingungen erhalten und geschaffen werden sollen, die die Versorgung der Versicherten auf dem vom Gesetzgeber 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 gemeinsam interessiert, wobei sich die Parteien einig sind, dass Gegenstand der Vereinbarung im Kern handwerkliche Leistungen sind.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung (Beratung, Anfertigung, Anpassung, Abgabe und Einweisung) der Anspruchsberechtigten der BKK mit Hilfsmitteln der Produktgruppen:

PG 02 (Adaptionshilfen 02.40.01.2.3 Strumpfanziehhilfen)

PG 05 (Bandagen- nur Anwendungsbereich Fuß bzw. bis einschließlich Knie)

PG 08 (Einlagen)

PG 10 (Gehhilfen 10.50.01.03 Gehstöcke)

PG 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie)

PG 23 (Orthesen- jeweils bis zum Knie)

PG 24 (Prothesen- beschränkt auf Fuß- sowie Fußteilprothesen)

PG 31 (Dazu gehören orthopädisches Maßschuhwerk, konfektionierte Therapieschuhe, Zurichtungen am konfektionierten Schuh, diabetesadaptierte Fußbettung, der diabetische Schutzschuh und alle damit im Zusammenhang stehenden Instandsetzungen)

unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes § 12 SGB V.

- (2) Die **Anlagen 1.1 bis 1.11** sind Bestandteil des Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die Mitgliedskassen (Betriebskrankenkassen, im Folgenden „BKK“ genannt) des BKK-Landesverbandes NORDWEST, sofern diese nicht mit den Vertragspartnern oder dem ZVOS einen eigenen Vertrag für die beteiligten Länder abgeschlossen haben. Der Vertrag gilt darüber hinaus für Betriebskrankenkassen, die nicht Mitgliedskasse des BKK-Landesverbandes NORDWEST sind, soweit sie diesem Vertrag beigetreten sind (**s. Anlage 1.4**).

- (2) Dieser Vertrag entfaltet Rechtswirkung bei der Versorgung von BKK-Versicherten in Nordrhein-Westfalen (Leistungsortprinzip) mit den in § 1 Abs.1 bezeichneten Hilfsmitteln und gilt:
- (3) für Mitglieder der Landesinnung, sofern sie die Anforderungen nach diesem Vertrag erfüllen, die Anerkennniserklärung (**Anlage 1.1**) unterzeichnet und diese mit der Bestätigung einer Präqualifizierungsstelle nach § 3 Abs. 2 (PQ-Zertifikat) der Landesinnung eingereicht haben. Eine Liste der Mitglieder, für die dieser Vertrag gilt, wird den BKK regelmäßig zur Verfügung gestellt.
- (4) für alle weiteren versorgungsberechtigten Leistungserbringer, sofern sie dem Vertrag beitreten, in dem sie den Antrag stellen, ihre Eignung nachweisen, die Anforderungen nach diesem Vertrag erfüllen und die unterschriebene Anerkennniserklärung (Anlage 1.1) dem BKK LV vorlegen sowie der BKK LV den Beitritt bestätigt hat. Aus Wettbewerbsgründen ist die Eignung durch Vorlage der Bestätigung einer Präqualifizierungsstelle nach § 3 Abs. 2 (PQ-Zertifikat) nachzuweisen.

§ 3 Versorgungsberechtigung

- (1) Der Leistungserbringer muss die sachlichen, fachlichen und räumlichen Voraussetzungen entsprechend der gemeinsamen Empfehlung des Spitzenverbandes Bund für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie die in **Anlage 1.2** definierten Voraussetzungen erfüllen.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Eignung zur Abgabe von Hilfsmitteln nach den Regelungen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V nach den hierfür geltenden Vorschriften durch Vorlage einer Bestätigung einer nach diesen Vorschriften geeigneten Stelle gegenüber dem (BKK LV oder der Innung) nachzuweisen. Dieses PQ-Zertifikat muss sich auf die von diesem Vertrag umfassten Produktgruppen beziehen. Die Präqualifizierung ist bis zum 31.03.2015 nachzuweisen.
- (3) Bis zum 15.02.2015 stellt die jeweilige Innung (§ 2 Abs. 3) dem BKK-LV eine aktuelle Liste mit ihren beigetretenen Mitgliedern zur Verfügung. Die beigetretenen Leistungserbringer (§ 2 Abs. 2), die nicht einer Innung angehören, reichen ihre PQ-Zertifikate bzw. Eignungsnachweise unaufgefordert bei dem BKK-LV ein. Mitgliedsbetriebe, die noch nicht über einen Nachweis der Grundeignung nach § 126 SGB V verfügen, können diesen bis zum 31.03.2015 nachreichen, anderenfalls endet die Versorgungsberechtigung automatisch.
- (4) Die Versorgungsberechtigung ist an die jeweils in der Versorgungsberechtigung genannte Betriebsstätte sowie die Person der fachlichen Betriebsleitung gebunden.
- (5) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen über den gesamten Vertragszeitraum sicherzustellen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei wesentlichen Veränderungen (z.B. Wechsel der fachlichen Leitung, Änderungen in den Rechtsverhältnissen des Betriebes, Verlegung des Betriebssitzes etc.) in seinem Betrieb, die diesen Vertrag betrifft, diese dem BKK-LV unverzüglich mitzuteilen und durch die Bestätigung der Präqualifizierungsstelle nachzuweisen, dass die Beitrittsvoraussetzungen weiterhin erfüllt sind.

Die Weitergabe der Änderungen übernimmt für den Betrieb die Innung bzw. der Innungsverband.

- (6) Die Versorgungsberechtigung für den Rechtsnachfolger bleibt beim Tod des Betriebsinhabers und/oder fachlichen Leitung nach den Regelungen des § 4 Handwerksordnung bestehen. Weist der Leistungserbringer die Beitrittsvoraussetzungen nach Ablauf der ihm eingeräumten Frist nicht oder nur teilweise nach, endet die Versorgungsberechtigung nach diesem Vertrag.

§ 4 Anspruchsberechtigung

Als Anspruchsberechtigte gelten Versicherte der BKK, bei denen eine Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 1 dieses Vertrages medizinisch indiziert ist.

§ 5 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Anspruchsberechtigten 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.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Anspruchsberechtigte unverzüglich mit Leistungen gemäß § 1 des Vertrages zu versorgen.
- (3) Der Leistungserbringer behandelt alle Anspruchsberechtigten der BKK nach den gleichen Grundsätzen.
- (4) Der Leistungserbringer sichert die Gewährleistung nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit der Produkte.

§ 6 Abgabe der Leistung

- (1) Voraussetzung für die Abgabe der Hilfsmittel ist die Vorlage einer ordnungsgemäßen ärztlichen Verordnung.
- (2) Die ordnungsgemäße ärztliche Verordnung muss folgende Informationen über den Anspruchsberechtigten enthalten:
- a) Bezeichnung der BKK
 - b) Kassenummer
 - c) Diagnose/Indikation
 - d) allgemeine Hilfsmittelbezeichnung/Produktart, und/oder 7-stellige Hilfsmittelnummer, soweit zutreffend

- e) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Anspruchsberechtigten
- f) Krankenversicherungsnummer des Anspruchsberechtigten
- g) Lebenslange Arzt-Nr. (LANR) oder Betriebsstätten-Nr. (BSNR) des verordnenden Arztes
- h) Ausstellungsdatum
- i) Gültigkeitsdatum der Krankenversichertenkarte
- j) Status des Anspruchsberechtigten
- k) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 7 des Verordnungsblattes, soweit zutreffend
- l) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
- m) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
- n) Menge
- o) Unterschrift des verordnenden Arztes
- p) Stempel des verordnenden Arztes.

- (3) Die Verordnung gilt nur für den Anspruchsberechtigten, für den sie ausgestellt ist. Sie ist nicht übertragbar und verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von vier Wochen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist.
- (4) Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf der vorherigen Genehmigung durch die BKK. Die Verordnung ist unverzüglich der BKK zur Genehmigung vorzulegen. Eine Übermittlung vorab per Telefax oder eKV ist möglich, sofern die BKK diesem Übermittlungsweg zugestimmt hat. Ein Anspruch auf eine nachträgliche Zustimmung und Vergütung besteht nicht. Die BKK kann ganz oder teilweise auf diese Zustimmung verzichten. Sie ist jederzeit berechtigt, einseitig eine bestimmte Genehmigungsfreigrenze nach vorheriger Information der/des Landes-innung/Landesinnungsverbandes festzusetzen. Nähere Einzelheiten sind der Anlage 1.3 zu entnehmen. Diese Anlagen beinhalten auch die Verfahrensweise bei entlassungs-bedingten Krankenhausversorgungen. Die BKK kann unter Beachtung des Gleichbehandlungs-grundsatzes und der Bestimmungen des Wettbewerbs alternative Kostenvoranschläge vor der Genehmigung einholen, soweit kein Vertragspreis vereinbart wurde.
- (5) Zur Genehmigung sind folgende Unterlagen schriftlich einzureichen:
- a) vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung im Original, soweit von der BKK gefordert
 - b) Kostenvoranschlag

Zur Verwaltungsvereinfachung erklären die Leistungserbringer sich grundsätzlich bereit, an dem Kostenvoranschlagsverfahren auf elektronischem Wege teilzunehmen. Einzelheiten regeln die Vertragspartner.

Eine wirtschaftliche Aufzahlung darf vom Anspruchsberechtigten nur in den gesetzlich vorgesehenen Fällen gefordert werden.

- (6) Unter Berücksichtigung der Zuzahlungsvorschriften nach §§ 33 Abs. 8, 61 SGB V zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung nach § 43 b Abs. 1, Satz 1 SGB V vom Versicherten ein. Geleistete Zuzahlungen sind vom Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse verringert sich um den Zuzahlungsbetrag gemäß § 61 SGB V.

Verlangt der Versicherte neben den von diesem Vertrag umfassten Leistungen eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Versorgung, können die entstehenden Mehrkosten dem Versicherten in Rechnung gestellt werden

(vgl. § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherte die Mehrleistung ausdrücklich gefordert hat, dem Leistungserbringer hierüber eine schriftliche Bestätigung vorliegt und der Leistungserbringer den Versicherten vor Abgabe des Hilfsmittels schriftlich über die entstehenden Mehrkosten informiert hat. Die schriftliche Aufklärung des Versicherten ist vom Leistungserbringer zu dokumentieren, vom Versicherten zu unterschreiben und der BKK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

- (7) Dies gilt auch für die Mehrkosten bei evtl. Folgeleistungen. Der therapeutische, funktionelle Zweck der verordneten Leistungen darf nicht beeinträchtigt werden. Der Anspruchsberechtigte bestätigt diese Mehrleistungen durch Unterschrift.

Der Leistungserbringer kann eigene Formulare für die "Patientenerklärung" verwenden, soweit sie den Inhalten der **Anlage 2** entsprechen.

Die Patientenerklärung (Anlage 2) ist zwei Jahre vom Leistungserbringer aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

- (8) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vom Anspruchsberechtigten oder dessen Beauftragten bzw. gesetzlichen Vertreter den Erhalt der Hilfsmittel unter Angabe des Datums auf der Rückseite der Verordnung bestätigen zu lassen. Bestätigungen im Voraus sind nicht zulässig.
- (9) Der Leisten ist Eigentum des Leistungserbringers.
- (10) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, verordnete Hausbesuche und notwendige Krankenhausbesuche durchzuführen. Bei einer Verordnung durch einen Krankenhausarzt wird die Notwendigkeit eines Krankenhausbesuches des Orthopädieschuhtechnikers unterstellt.
- (11) Kann der Leistungserbringer aufgrund ihm zuzurechnender Umstände, wie z. B. Lieferschwierigkeiten oder anderweitige Umstände, eine ordnungsgemäße Versorgung der Anspruchsberechtigten nicht gewährleisten und wird dadurch die Versorgung von Anspruchsberechtigten in unzumutbarer Weise beeinträchtigt oder gefährdet, so ist die BKK berechtigt, ersatzweise einen Dritten mit der Übernahme der betroffenen Versorgungsfälle zu beauftragen. Die aufgrund dieser Ersatzversorgung entstehenden Mehrkosten hat der Leistungserbringer der BKK zu erstatten.

§ 7 Qualität

- (1) Die BKK hat jederzeit das Recht, die Versorgungsberechtigung gemäß § 3 zu überprüfen bzw. überprüfen zu lassen.
- (2) Leistungserbringer verpflichtet sich, nur Materialien und Artikel von einwandfreier Qualität zu verwenden und abzugeben. Die Anforderungen, die sich für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 1 aus dem Medizinprodukte Gesetz (MPG) und den sonstigen Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung ergeben, sind durch den Leistungserbringer sicherzustellen. Neu ausgelieferte orthopädische Hilfsmittel sind mit Herstellungsmonat und -jahr dauerhaft und lesbar zu kennzeichnen. An ursprünglich nicht gekennzeichneten Lieferungen soll die Kennzeichnung nachgeholt werden.

- (3) Wird die Kennzeichnung bei Instandsetzungsarbeiten beseitigt oder unleserlich, ist sie zu erneuern.
- (4) Die BKK ist jederzeit berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in geeigneter Weise zu überprüfen. Hierzu zählen insbesondere Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst (MDK), vereidigte Sachverständige, Anspruchsberechtigten Befragungen und Betriebsbegehungen.
- (5) Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V benannten Qualitätsanforderungen sind bindend einzuhalten.
- (6) Näheres regeln die Qualitätsanforderungen (**Anlage 1.2**).
- (7) Diabetesversorgungen 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. Eine Kopie des Zertifikates ist bei Abgabe der Anerkenniserklärung beizufügen.

§ 8

Werbung/Zusammenarbeit zwischen Arzt und Leistungserbringer

- (1) Dem Leistungserbringer sind Werbemaßnahmen, die sich auf die Leistungspflicht der BKK beziehen, untersagt.
- (2) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Anspruchsberechtigte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.
- (3) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren.

Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Wirtschaftliche Vorteile im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür.

- (4) Der Leistungserbringer darf Vertragsärzte nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen heraus in ihrer Verordnungsweise beeinflussen. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und den Vertragsärzten mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig. Ebenfalls unzulässig ist eine Beeinflussung von oder eine Zusammenarbeit mit Vertragsärzten in solcher Weise, dass die Wahlfreiheit des Versicherten durch Weitergabe der vertragsärztlichen Verordnung vom Arzt an den Leistungserbringer beeinträchtigt oder ausgeschlossen wird.

- (5) Jede Mitwirkung der Leistungserbringer an der Abrechnung und der Abwicklung der Vergütung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen aufgrund von Verträgen gemäß § 128 Abs. 4 SGB V ist unzulässig.
- (6) Ärztliche Verordnungen dürfen nicht in Annahmestellen und in Arztpraxen, sondern nur in der geeigneten Betriebsstätte laut **Anlage 1.1** des Leistungserbringers entgegengenommen und ausgeführt werden.
- (7) Ausnahmen sind Versorgungsgespräche in den Arztpraxen, Krankenhäusern und bei Hausbesuchen, wenn vom Arzt verordnet und der Patient nicht in der Lage ist, selbstständig oder mit Hilfe Dritter die Betriebsstätte aufzusuchen.
- (8) § 128 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.

§ 9 Datenschutz/Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Für Verletzungen datenrechtlicher Bestimmungen haftet er nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
- (3) Der Leistungserbringer trägt die Gewähr dafür, dass die in der Anlage zu § 78 a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X), bzw. § 9 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Erhebung, Verarbeitung und/oder Nutzung der Daten ausschließlich Personen einzusetzen, die auf das Datengeheimnis nach den einschlägigen Datenschutzvorschriften schriftlich verpflichtet worden sind; auf strafrechtliche Folgen bei Verletzung des Datengeheimnisses ist dabei hinzuweisen.
- (5) Der Leistungserbringer darf die an ihn überlassenen Sozialdaten nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie an ihn übermittelt wurden. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen sind zu beachten.
- (6) Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 10 **Vertragsverstöße und Maßnahmen**

- (1) Bei Verdacht eines Verstoßes gegen die aus diesem Vertrag erwachsenen Pflichten fordert die BKK den Leistungserbringer zunächst zu einer schriftlichen Stellungnahme mit konkreter Terminangabe auf.

- (2) Folgende Vertragsmaßnahmen kommen für die BKK in Betracht:
 - a) schriftliche Abmahnung
 - b) fristlose Kündigung des Vertrages bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diesen Vertrag
 - c) Forderung einer angemessenen Vertragsstrafe
 - d) befristeter Ausschluss von der Versorgung

- (3) Als grobe Vertragsverstöße sind insbesondere anzusehen:
 - a) Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Hilfsmitteln, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung von Hilfsmitteln, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
 - b) Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer 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.
 - c) Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V.
 - d) Qualitätsmängel der Hilfsmittel, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können.
 - e) Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
 - f) Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen; ausgenommen sind Notfallversorgungen.
 - g) Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden.
 - h) Verstöße gegen die Datenschutzbestimmungen (§ 9)

- (4) Die BKK kann Maßnahmen zur Abrechnungsprüfung vor Ort einleiten. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

- (5) Für den Fall grober und/oder wiederholter Verstöße kann der Leistungserbringer zusätzlich für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden. Die Dauer des Ausschlusses richtet sich nach der Schwere des Verstoßes.
- (6) Das Recht einer außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.
- (7) Gemäß § 197a Abs. 4 SGB V haben die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, wenn die Überprüfung eines Leistungserbringers ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.
- (8) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zu erstatten. Die Einleitung strafrechtlicher Schritte bleibt der BKK ebenfalls unbenommen.

§ 11 Vergütung

- (1) Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung, wenn die BKK die Versorgung genehmigt und der Leistungserbringer die Versorgungsleistungen nach den Vorgaben dieses Vertrages erbracht hat. Der Anspruch auf eine Vergütung besteht auch für Leistungen, die nach **Anlage 1.3** genehmigungsfrei sind.
- (2) Die Leistung und die Vergütung sind in den **Anlagen 3-10.6** geregelt.
- (3) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 33 Abs. 8 SGB V und den gegebenenfalls gesetzlichen Eigenanteil vom Anspruchsberechtigten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Der Endpreis verringert sich um diese Beträge. Eine eventuelle Befreiung des Anspruchsberechtigten von der Zuzahlung ist durch den Leistungserbringer anhand des gültigen Befreiungsausweises des Anspruchsberechtigten zu überprüfen. Kann der Anspruchsberechtigte einen gültigen Befreiungsausweis nicht vorlegen, ist die Zuzahlung vom Leistungserbringer einzuziehen.

§ 12 Rechnungslegung und Bezahlung

- (1) 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.
- (2) Der Leistungserbringer hat folgende Unterlagen bei der Abrechnung einzureichen bzw. anzugeben:
 - a) Originalverordnung
 - b) Kostenübernahmeerklärung (bei genehmigungspflichtigen Produkten)
 - c) Empfangsbestätigung des Anspruchsberechtigten
 - d) Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

- (3) Die Rechnungsbegleichung von Hilfsmitteln erfolgt zentral über die Abrechnungsstellen der BKK.
- (4) Die Abrechnung erfolgt gemäß den **Anlagen 3 -10.6** in der Regel einmal monatlich für alle im Vormonat abgeschlossenen Versorgungen.
- (5) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen und Abrechnungsdaten bei der von der BKK benannten Stelle (Fälligkeit). Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein inländisches Geldinstitut.

Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder ein gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (Montag-Freitag).

Die Rechnung wird innerhalb von zehn Arbeitstagen unter Abzug von 2 % Skonto bezahlt, wenn die Leistungserbringer diese Möglichkeit auf der Rechnung vermerken. Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.

- (6) Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle, so hat er die BKK unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der BKK an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen (**Anlage 11**). Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der BKK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der BKK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht.
- (7) 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, der BKK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.

§ 13

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit der BKK verwendet. Für jeden einzelnen Betrieb ist ein gesondertes IK zu führen.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St Augustin, zu beantragen.
- (3) Änderungen, der unter dem IK gespeicherten Daten, sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die BKK oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (4) Das gegenüber der BKK eingesetzte IK ist bei Abschluss des Vertrages mitzuteilen.

-
- Abrechnungen mit der BKK erfolgen ausschließlich unter diesem IK.
- (5) Das für den Leistungserbringer erteilte IK ist in jedem Kostenvoranschlag und in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von der BKK abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der BKK unbekanntem IK.
- (6) Die unter dem gegenüber der BKK verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbeilegung durch die BKK. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von der BKK bei der Abrechnung nicht berücksichtigt

§ 14 Beanstandungen und Verjährung

- (1) Stellt sich nach Begleichung einer Rechnung heraus, dass die BKK nicht oder nur teilweise leistungspflichtig ist, kann sie bereits geleistete Zahlungen vom Leistungserbringer zurückfordern, sofern diesen ein Verschulden trifft. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der Rückforderungsanzeige beim Leistungserbringer fällig, wenn dieser innerhalb dieses Zeitraumes keine Klage auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der Rückforderung bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben hat. Dabei kann die BKK mit eigenen Forderungen gegen zeitlich folgende Forderungen des Leistungserbringers aufrechnen.
- Diese Verrechnung ist auch mit einer beauftragten Abrechnungsstelle möglich. Die daraus resultierenden Kosten dürfen nicht dem Anspruchsberechtigten auferlegt werden.
- (2) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die BKK den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung z.B. in Form eines Differenzprotokolls.
- (3) Im Falle von Rechnungsbeanstandungen durch die BKK hat der Leistungserbringer die Wiedereinreichung der Rechnung innerhalb von 12 Monaten nach Zugang des Differenzprotokolls vorzunehmen. Vom Differenzprotokoll abweichende Forderungen können nach Ablauf dieser Frist nicht mehr geltend gemacht werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.
- (4) Für Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen gilt eine Ausschlussfrist von jeweils einem Jahr, gerechnet ab Datum der Leistungserbringung. Auch für den Erstattungsanspruch der BKK gilt eine Ausschlussfrist von einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung bei der BKK.
- (5) Für Ansprüche aus unerlaubten Handlungen gelten die Verjährungsvorschriften des BGB.

§ 15 Gewährleistung/ Haftung

Der Leistungserbringer erfüllt alle Gewährleistungsansprüche für die angefertigten, instandgesetzten und abgegebenen Hilfsmittel nach den gesetzlichen Vorschriften.

§ 16 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages 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 nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.

§ 17 Schlussbestimmungen

Anderslautende Geschäfts-, Liefer- oder Zahlungsbedingungen des Leistungserbringers werden nicht Bestandteil des Vertrages. Abweichungen von den in § 1 angegebenen Vertragsbestandteilen, wie auch mündliche Abreden, gelten nur wenn der BKK-LV sie schriftlich bestätigt hat.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Mit Inkraftsetzung dieser Rahmenvereinbarung vom 01.02.2015 verlieren sämtliche bestehenden Verträge zwischen den unten genannten Vertragspartnern ihre Gültigkeit und werden durch diesen Vertrag und den Anlagen ersetzt.
- (2) Dieser Vertrag tritt am 01.02.2015 in Kraft, vorbehaltlich einer Nichtbeanstandung durch die zuständige Aufsichtsbehörde nach § 71 Abs. 4 SGB V.
- (3) Stichtag für die Anwendung des Vertrages ist der Tag der Ausstellung der ärztlichen Verordnung. Alle ab dem 01.02.2015 verordneten Reparaturen und Folgeversorgungen sind ebenfalls nach diesem Vertrag abzurechnen.
- (4) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2017, schriftlich gekündigt werden. Der für seine Mitglieder handelnde Vertragspartner des BKK LV oder der einzelne Leistungserbringer kann den Vertrag sowohl gegenüber dem BKK-LV mit Wirkung für und gegen alle einbezogenen BKK (Mitgliedskassen und beigetretene BKK) als auch gegenüber einer einzelnen BKK kündigen. Der BKK LV kann den Vertrag mit Wirkung für alle einbezogenen BKK sowohl gegenüber den für seine Mitglieder handelnden einzelnen Vertragspartnern als auch gegenüber einzelnen Leistungserbringern kündigen. Das gleiche Recht steht jeder einzelnen BKK gesondert zu.
- (5) Soweit eine einzelne BKK künftig Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V über das von diesem Vertrag umfasste Produktportfolio schließt, oder sie einem solchen Vertrag

beitritt, kann sie unter Vorlage des eigenen Vertrages und Einhaltung einer besonderen dreimonatigen Kündigungsfrist die Preisvereinbarung in der jeweiligen Produktgruppe kündigen. Die Kündigung ist gegenüber sämtlichen Vertragspartnern auszusprechen und dem BKK-LV zur Mitkenntnis zu schicken.

- (6) Die dreimonatige Kündigungsfrist nach Absatz 4 gilt entsprechend für Verträge, die auf der Grundlage des § 127 Abs. 1 SGB V geschlossen werden.
- (7) Die Anlagen **3- 10.6** können gesondert mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende, frühestens zum 31.12.2017 gekündigt werden. Absatz 4 gilt darüber hinaus entsprechend. Die Preise gelten bis zur Vereinbarung neuer Preise weiter. Die Parteien stellen sicher, dass zeitnah Verhandlungen geführt werden. Wenn innerhalb von 6 Monaten keine neuen Preise vereinbart werden konnten, entfällt auch die Weitergeltung.

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.

Düsseldorf, Essen, den 01.02.2015

BKK-Landesverband NORDWEST

Landesinnungsverband
Orthopädie-Schuhtechnik
Nordrhein-Westfalen