

**Vertrag**  
**über die Versorgung**  
**mit Sehhilfen durch Augenoptiker**  
**gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**

**AC/TK: 12 91 250**

zwischen der

**pronova BKK**  
Brunckstr. 47  
67063 Ludwigshafen

- nachfolgend Kasse genannt -

und dem/der

Landesinnungsverband des bayrischen Augenoptiker-Handwerks  
Augenoptiker- und Optometristen-Innung Berlin  
Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Brandenburg  
Augenoptiker-Innung Hamburg  
Landesinnung für das Augenoptikerhandwerk in Hessen  
Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen Mecklenburg-Vorpommern  
Landesinnung der Augenoptiker/Optometristen des Freistaats Sachsen  
Augenoptiker-/Optometristen-Innung Sachsen-Anhalt  
Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Niedersachsen und Bremen  
Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Schleswig-Holstein  
Südwestdeutscher Augenoptiker-Verband  
Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Thüringen  
Augenoptiker- und Optometristenverband NRW

vertreten durch den

**Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen**  
Alexanderstraße 25a

40210 Düsseldorf- nachfolgend ZVA genannt -

## Präambel

Zur Operationalisierung des kurzfristig durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) erweiterten Leistungsanspruchs auf Versorgung mit Sehhilfen erscheint den Vertragspartnern die Wiederaufnahme von bzw. Aktualisierung der vertraglichen Regelungen über die augenoptische Versorgung dringend geboten. Dieser Vertrag regelt zunächst die Versorgung mit Brillengläsern auf Basis der aktuellen Rahmenbedingungen (Hilfsmittel-Richtlinie, Hilfsmittelverzeichnis Produktgruppe 25, Festbeträge-Sehhilfen). Die Vertragspartner sind sich einig, dass die bereits in Aussicht gestellte Überarbeitung dieser Rahmenbedingungen ggf. kurzfristige Vertragsanpassungen erforderlich machen können. Darüber hinaus wird eine Ergänzung der Vertragspartnerschaft auf die in diesem Vertrag dargestellten Festbetragsbereiche Schieltherapeutika, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen angestrebt.

### § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Versorgung von Versicherten der Kasse mit Brillengläsern der Produktgruppe 25 des Hilfsmittelverzeichnisses und die Vereinbarung der Abrechnungsmodalitäten von Schieltherapeutika, Kontaktlinsen und vergrößernden Sehhilfen zum Festbetrag.
- (2) Zur Versorgung nach diesem Vertrag gehören die Brillenglasbestimmung, Beratung, Anfertigung, Anpassung und Abgabe von Sehhilfen. Die erforderliche Einweisung des Versicherten in den Gebrauch und die Pflege der Sehhilfe gehört ebenfalls zur Versorgung nach diesem Vertrag.
- (3) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:
  - Anlage 1** Preisliste
  - Anlage 2** Dokumentation über die Beratung / Mehrkostenerklärung des Versicherten
  - Anlage 3** Beitritts- und Anerkenntniserklärung
  - Anlage 4** Berechtigungsschein
  - Anlage 5** Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen an die Eignung
- (4) Dieser Vertrag gilt:
  1. für die im Rubrum aufgeführte Kasse,
  2. für alle Augentoptikerbetriebe (im Vertrag Leistungserbringer genannt), die Mitglieder oder mittelbare Mitglieder der im Rubrum genannten Augentoptikerinnungen/Landesinnungen/Landesinnungsverbände (LIV/LI/AOI) sind, sofern sie die Eignungsvoraussetzungen erfüllen und die Beitritts- und Anerkenntniserklärung der **Anlage 3** unterschrieben haben,
  3. für alle Augentoptikerbetriebe (im Vertrag Leistungserbringer genannt), die nicht als Mitglieder dem ZVA mittelbar oder unmittelbar angeschlossenen Augentoptikerinnungen sind, sofern sie die Eignungsvoraussetzungen erfüllen und die Beitritts- und Anerkenntniserklärung der **Anlage 3** unterschrieben haben.
- (5) Diesem Vertrag können mit Zustimmung des ZVA weitere Betriebskrankenkassen

(BKK) beitreten. Die BKK erkennen damit alle Augenoptikerbetriebe, die die Eignungsvoraussetzungen nach Absatz 4 erfüllen und die Beitritts- und Anerkennniserklärung der **Anlage 3** unterschrieben haben, als Leistungserbringer an.

## § 2 Eignungsvoraussetzungen

- (1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur befugt, wenn sie die Präqualifizierungskriterien in der jeweils aktuellen Fassung (§ 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V) und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifizierungskriterien nicht oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgung besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der Kasse.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung dieser Voraussetzungen für jede Betriebsstätte mit der Erklärung des Beitritts nach **Anlage 3** nachzuweisen. Die Betriebe nach § 1 Absatz 4 Ziffer 2 (Innungsbetriebe) reichen die Anerkennniserklärung (Anlage 3) sowie das Präqualifizierungszertifikat bei dem/der für sie zuständigen und im Rubrum genannten LIV/LI/AOI ein, diese gelten als Empfangsbote der Kasse. Bis zum Nachweis der Eignungsvoraussetzungen entfaltet auch ein schriftlich erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V keine rechtliche Wirkung.
- (3) Die im Rubrum gelisteten LIV/LI/AOI übermitteln der Kasse regelmäßig eine Übersicht im einheitlich abgestimmten Excel-Format über die Mitglieder, die die Eignungsvoraussetzungen erfüllen und den Beitritt erklärt haben. Die von den Innungsbetrieben eingereichten Unterlagen werden gescannt und elektronisch gespeichert. Das Vorhalten der Dokumente im Original bei den LIV/LI/AOI ist nicht notwendig.
- (4) Alle Veränderungen, welche seine Eignung bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen betreffen, erfordern eine unverzügliche Änderung der Präqualifizierung. Das geänderte Präqualifizierungszertifikat hat der Leistungserbringer der Kasse unverzüglich zu übermitteln.

## § 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich die Versicherten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages zu versorgen und dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten. Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aus diesem Vertrag, der Produktgruppe 25 „Sehhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V, der Festbetragsregelung und der Hilfsmittel-Richtlinie in den jeweils gültigen Fassungen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung gelten als Mindestanforderungen.
- (2) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer optometrischen Messung eines Augenoptikers (Berechtigungschein **Anlage 4**) erbracht werden. Für die Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für die erstmalige Versorgung von Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit einem Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus ist stets eine augenärztliche Verordnung notwendig. Auf Grundlage eines Berechtigungsscheins können:
  - a) Folgeversorgungen/Ersatzbeschaffungen nach Vollendung des 14. Lebensjahres

durchgeführt werden, sofern nicht aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe seit der letzten Verordnung die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht;

b) Ersatzbeschaffungen bei Verlust oder Bruch innerhalb von 3 Monaten bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres ohne Änderung der Refraktionswerte durchgeführt werden.

- (3) Der Versicherte muss durch Unterschrift mit Angabe des Datums den Empfang der Leistung auf der vertragsärztlichen Verordnung bzw. auf dem Berechtigungsschein bestätigen. Die Kasse ist zur Begleichung der Rechnung nur verpflichtet, sofern eine Anspruchsberechtigung des jeweiligen Versicherten gegeben ist. Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit
- (4) Für Sehhilfen, die nicht in der Preisliste (**Anlage 1**) mit einem Vertragspreis (VP) versehen oder als Festbetrag (FB) aufgeführt sind, ist ein Kostenvoranschlag zu erstellen. Auf dem Kostenvoranschlag sind die bundeseinheitlichen Hilfsmittelpositionsnummern und das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers anzugeben.
- (5) Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen sollte grundsätzlich auf elektronischem Wege erfolgen. Der Leistungserbringer und die Kasse können ergänzend Absprachen über den Austausch von Kostenvoranschlägen im Wege des elektronischen Datenaustauschs (elektronischer Kostenvoranschlag) treffen.
- (6) Auf die vorherige Genehmigung von verordneten oder über Berechtigungsschein abzugebende Sehhilfen, für die ein Vertragspreis vereinbart ist bzw. für die ein Festbetrag existiert, wird verzichtet. Alle anderen Leistungen bedürfen grundsätzlich einer Genehmigung, sofern die Kasse hierauf nicht verzichtet.

#### **§ 4 Beratung der Versicherten und Versorgungsqualität**

- (1) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Sehhilfe für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist. Die Beratung ist in geeigneter Weise zu dokumentieren und der Kasse auf Verlangen nachzuweisen.
- (2) Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung für Sehhilfen anzubieten, die in der Preisliste (**Anlage 1**) mit einem VP versehen sind. Der Vertragspartner ist verpflichtet, den Versicherten bzw. dessen betreuende Person(en) in den sachgerechten Gebrauch des Hilfsmittels einzuweisen.
- (3) Auf Wunsch des Versicherten können entsprechend § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V auch Hilfsmittel mit Aufzahlung angeboten werden. Wählt der Versicherte kein aufzahlungsfreies Hilfsmittel bzw. eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen, und damit über die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht (z. B. Entspiegelung, Härtung), kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die den Aufzahlungsbetrag begründenden Produktmerkmale und die Aufzahlungshöhe sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (**Anlage 2**) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die **Anlage 2** bewahrt der Leistungserbringer auf und stellt sie der Kasse auf Anforderung zur Verfügung.
- (4) Bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung verweist der Leistungserbringer den Versicherten zur weiteren Klärung an einen Augenarzt.

## § 5 Leistungsumfang und Vergütung

- (1) Nach vertragskonformer Leistungserbringung werden die Leistungen entsprechend der Preisliste (**Anlage 1**) oder dem genehmigten Kostenvoranschlag vergütet. Mit den vereinbarten Vertragspreisen sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten der Kasse erbrachten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.
- (2) Der Preis für das Brillenglas schließt die Kosten für das Material und alle anderen anfallenden Arbeiten ein, speziell bei
  - der Auswahl,
  - der Bearbeitung,
  - der Anpassung,
  - dem Einschleifen der Gläser in das Brillengestell,
  - der Abgabe und
  - der Kontrolle.
- (3) Die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen nach § 33 in Verbindung mit § 61 ff. SGB V sind zu beachten. Die Zuzahlungen werden vom Leistungserbringer direkt erhoben. Der der Kasse in Rechnung gestellte Betrag ist entsprechend zu kürzen. Die Kürzung ist in der Rechnung auszuweisen. Eine durch die Kasse ausgestellte Befreiungsscheinigung des Versicherten ist vom Leistungserbringer einzusehen.

## § 6 Abrechnung, Zahlung und Aufrechnung

- (1) Die Kasse und der Leistungserbringer vereinbaren die Abrechnung der Leistungen gemäß § 302 SGB V, für welche die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gelten. Die Hilfsmittelkennzeichen der **Anlage 1** dieses Vertrages sind zu beachten und der jeweiligen Versorgungssituation entsprechend zu verwenden. Rechnungen sind höchstens einmal pro Monat als Gesamtrechnung zu erstellen. Die Abrechnung soll innerhalb von zwölf Monaten nach der Abgabe der Sehhilfe erfolgen.
- (2) Werden die Abrechnungsdaten von dem Leistungserbringer nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden diese von der Kasse erstellt. Für die mit der Erstellung verbundenen Kosten erfolgt gemäß § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v.H. des Rechnungsbetrages.
- (3) Die Kasse überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen. Die 4-Wochen-Frist gilt als gewährt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag (arbeitsfreier Tag) verschiebt sich diese auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (4) Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung und/oder der Berechtigungsschein – jeweils mit Empfangsbestätigung des Versicherten – sowie ggf. der genehmigte Kostenvoranschlag jeweils im Original beizufügen. Im Zusammenhang mit der Nutzung des elektronischen Kostenvoranschlages können zwischen dem Leistungserbringer und der jeweiligen Kasse anderweitige Absprachen hinsichtlich der Vorlage des genehmig-

ten Kostenvoranschlages getroffen werden. Die Abrechnung im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 302 SGB V ist erst vollständig, wenn neben den Ur-/ Papierbelegen auch die Daten bei der Kasse vorliegen.

- (5) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden.
- (6) Die Kasse ist berechtigt, die Rechnungen rechnerisch zu prüfen. Festgestellte Unrichtigkeiten können innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Rechnungseingang gegebenenfalls gekürzt oder beanstandet werden. Dies ist dem Leistungserbringer mitzuteilen. Die daraus resultierenden Rückforderungen können stets sofort aufgerechnet werden. Widerspricht der Leistungserbringer unter Angabe der Gründe nicht innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung durch die Kasse, so gilt diese als anerkannt.
- (7) Die vorstehenden Anforderungen gelten jeweils entsprechend für eine ggf. beauftragte Abrechnungsstelle. Die Kasse zahlt an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

## **§ 7 Gewährleistung und Haftung**

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Ausführung und Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels bei Auslieferung. Deshalb darf er auch im Fall einer verordneten Versorgung die Refraktionswerte prüfen (ohne Abrechnung der Position 25.99.99.0001 Brillenglasbestimmung und kostenfrei für Versicherte ohne Mehrleistungswunsch nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V)). Gelangt der Augenoptiker aufgrund seiner Prüfung zu Werten, die von der Brillenverordnung abweichen, so reicht er bei der Abrechnung zusammen mit der Brillenverordnung einen Berechtigungsschein bei der Kasse ein, aus dem sich die Werte der tatsächlichen gelieferten Sehhilfe ergeben. Wenn die vom Augenoptiker ermittelten Werte die gesetzlich geforderten Mindestdioptrierwerte unterschreiten, kann keine Lieferung zu Lasten der Kasse erfolgen.
- (2) Änderungen von Korrektionswerten bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres werden nur nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vorgenommen.  
  
Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Entgegennahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.
- (3) Die Gewährleistung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Gewährt ein Hersteller für seine Produkte eine Garantie und/oder Gewährleistungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus, räumt der Leistungserbringer der Kasse diese in gleichem Umfang ein.
- (4) Der Leistungserbringer haftet für sämtliche von ihm oder seinen Erfüllungsgehilfen verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die im Zusammenhang mit der Erfüllung vertraglicher Verbindlichkeiten entstehen, nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Der Leistungserbringer stellt die Kasse insoweit von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, frei, die in ursächlichem Zusammenhang mit der vertraglichen Tätigkeit des Leistungserbringers stehen.

- (5) Zur Erfüllung der vorgenannten Bedingungen schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Ausreichend für den Versicherungsfall sind: 2.000.000 EUR pauschal für Personenschäden, 1.000.000 EUR pauschal für Sachschäden, 100.000 EUR pauschal für Vermögensschäden.

### **§ 8 Datenschutz/Vertraulichkeit**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die einschlägigen Bestimmungen über den Sozialdatenschutz nach SGB X und die übrigen datenschutzrechtlichen Regelungen (z. B. Bundesdatenschutzgesetz) zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass diese Bestimmungen seinem Personal bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Dies gilt auch gegenüber einer beauftragten Abrechnungsstelle.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der Kasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Für den elektronischen Datenaustausch (Rechnungslegung) zwischen den Vertragspartnern nutzt der Leistungserbringer die von der Kasse angebotenen oder andere nach dem Stand der Technik gesicherten Übertragungswege.
- (4) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zweck erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der Sozialdaten auch über die Laufzeit dieses Vertrages hinaus sicherzustellen.
- (5) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.
- (6) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über alle ihm im Zusammenhang mit diesem Vertrag bekannt gewordenen oder noch bekannt werdenden geschäftlichen und betrieblichen Angelegenheiten, auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus, Vertraulichkeit zu gewährleisten.

### **§ 9 Qualitätssicherung**

- (1) Die Kasse ist nach § 127 Abs. 5a SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringer obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 5a SGB V informiert der Leistungserbringer die Kasse bei Versorgungsleistungen nach § 1 Abs. 1 auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei auch über die ggf. zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V.
- (2) Sofern die Kasse auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der Kasse zu übermitteln.
- (3) Die Überprüfung der Versorgung und Qualität der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung von vier Jahren nach § 45 SGB I zeitlich begrenzt.

## **§ 10 Vertragserfüllung, Vertragsverstöße**

- (1) Verstößt der Leistungserbringer gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten oder fügt er der Kasse in sonstiger Weise Schaden zu, kann ihn die Kasse unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verwarnen, abmahnen, eine angemessene Vertragsstrafe aussprechen, den Vertrag fristlos kündigen oder bei Verstößen gegen die Regelungen des § 128 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V bis zu zwei Jahre von der Versorgung der Versicherten ausschließen. Verwarnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden. Die Gesamthöhe der Vertragsstrafen ist beschränkt auf 5% des jährlichen Netto-Umsatzerlöses der jeweiligen Betriebsstätte nach diesem Vertrag.
- (2) Als Verstöße gegen Vertragspflichten gelten insbesondere:
  - a) die Berechnung nicht ausgeführter Leistungen und Lieferungen,
  - b) die Nichterfüllung der fachlichen, räumlichen und/oder sachlichen Voraussetzungen sowie der Präqualifizierungskriterien,
  - c) das ausschließliche Angebot oder die Abgabe von Sehhilfen mit Aufzahlungen, sofern der Versicherte dies nicht ausdrücklich wünscht,
  - d) die Beteiligung von Ärzten gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung von Hilfsmitteln oder Gewährung solcher Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln (§ 128 Abs. 2 S. 1 SGB V),
  - e) die Leistungserbringung mit groben Mängeln (z.B. systematische Herstellung von Sehhilfen ohne Berücksichtigung fachlich relevanter Daten),
  - f) der Verstoß gegen die Beratungs- und/oder Dokumentationspflicht aus § 127 Abs. 4a SGB V,
  - g) der Verstoß gegen § 127 Abs. 5a SGB V sowie die Nichteinhaltung und -durchführung des § 9 dieses Vertrages,
  - h) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen,
- (3) Vor der Verhängung von Maßnahmen gibt die Kasse dem Leistungserbringer die Möglichkeit zur Stellungnahme. Der Leistungserbringer kann die für ihn zuständige Innung in das Verfahren einbeziehen.
- (4) Unabhängig von den Maßnahmen ist der durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachte Schaden zu ersetzen oder eine zu Unrecht gezahlte Vergütung zurück zu erstatten, ggf. verhängte Vertragsstrafen werden angerechnet. Die Verfolgung strafrechtlicher Tatbestände bleibt davon unbenommen.

## **§ 11 Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.06.2018 in Kraft und ersetzt alle bisherigen Verträge über die Versorgung der Anspruchsberechtigten der Kasse durch Augenoptiker. Der Vertrag gilt für alle ab Inkrafttreten abgegebenen Leistungen. Der Vertrag und/oder die Anlagen können vom ZVA, der Kasse, jeder beigetretenen BKK oder jedem nach §



127 Abs. 2a SGB V beigetretenen Leistungserbringer mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende, frühestens zum 31.05.2019, ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

- (2) Bei einer Kündigung des Vertrages durch den ZVA, die Kasse oder einer beigetretenen BKK entfaltet diese unmittelbare Wirkung gegenüber allen im Rubrum genannten Landesinnungsverbänden/Landesinnungen/Augenoptikerinnungen und diesem Vertrag beigetretenen Leistungserbringern. Die Kündigung eines nach § 127 Abs. 2a SGB V beigetretenen Leistungserbringers betrifft nur seinen bilateralen Beitrittsvertrag.
- (3) Zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer und BKK, soweit diese nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben.
- (4) Beigetretene Leistungserbringer und BKK können über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus das Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen durch eingeschriebenen Brief fristlos kündigen. Die Kündigung der Leistungserbringer erfolgt gegenüber der Kasse, die Kündigung durch beigetretene BKK erfolgt gegenüber dem ZVA.
- (5) Sofern der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Änderungen an der Produktgruppe 25 „Sehhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnis vornimmt oder nach § 36 Abs. 2 SGB V neue Festbeträge für Leistungen nach diesem Vertrag festsetzt kann dies eine wesentliche Änderung der Verhältnisse bedeuten. Gleiches gilt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in der Hilfsmittel-Richtlinie die Versorgungsberechtigung abweichend zu § 3 Abs. 2 dieses Vertrages regelt. In diesen Fällen ist jede Vertragspartei berechtigt die unverzügliche Aufnahme von Verhandlungen zur Vertragsanpassung zu verlangen oder den Vertrag innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderung zum Ende des auf die Kündigung folgenden Monats zu kündigen.

## § 12 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung des vorstehenden Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw. rechtswidrig sein oder werden, so soll davon die Wirksamkeit der übrigen Inhalte nicht betroffen sein. Die Parteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine vertragliche Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.

Leipzig, 22.5.18  
Ort / Datum

Pronova BKK

Leipzig, 21.03.2018  
Ort / Datum

Thomas Bieder Goebl  
Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

Mücheldorf, 20.3.18  
Ort / Datum

Jan Wetsch  
Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen