

Vertrag
nach § 127 Abs. 2 SGB V

zwischen

dem BKK Landesverband Bayern, München,
dem BKK Landesverband Süd,
Kornwestheim

– nachfolgend BKK LV genannt –
handelnd für die dem Vertrag vom 28.02.2012 beigetrete-
nen und noch beitretenden Betriebskrankenkassen
– nachfolgend BKK genannt -

und

Deutsche Ocularistische Gesellschaft e.V.
Bundesverband der Ocularisten
Stadthausbrücke 1 - 3
20355 Hamburg

**über die Versorgung der Versicherten mit Kunst-au-
gen AC/TK 19 90321**

in der Fassung vom 01.01.2024

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Leistungsvoraussetzungen	3
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung	4
§ 5 Ärztliche Verordnung.....	5
§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag	6
§ 7 Art und Umfang der Leistung / Versorgungsqualität	6
§ 8 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz	8
§ 9 Vergütung 1 Abrechnung	8
§ 10 Datenschutz / Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen	10
§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten	11
§ 12 Werbung.....	12
§ 13 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen	12
§ 14 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages	13
§ 16 Schlussbestimmung	14
Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG.....	15
Qualitäts- und Dienstleistungsstandards	15
Anlage 2	18
Preisvereinbarung.....	18
Anlage 2a	19
Vergütung für Augenprothesen aus Glas (Produktuntergruppe 36.21.01.) - Versorgungsbereich 36A10.....	19
Vergütung für Augenprothesen aus Kunststoff (Produktuntergruppe 36.21.02.) -Versorgungsbe- reich 36B10.....	20
Vergütung Prä- und postoperative Versorgung, sowie Aufschläge für die Versorgungsbereiche 36A10 und 36B10	21
Anlage 3	23
Mehrkostenerklärung des Versicherten.....	23
Anlage 4	24
Werbung.....	24
Anlage 5	25
Beitrittserklärung	25

1. Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten der BKK sowie aller durch die BKK betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit den in der Anlage 2a benannten Hilfsmitteln der Produktgruppe PG 24 Augenprothesen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen.
2. Die nachfolgend benannten Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

Anlage 1	Qualitäts- und Dienstleistungsstandards
Anlage 2	Preisvereinbarung
Anlage 2a	Vergütung
Anlage 3	Mehrkostenvereinbarung
Anlage 4	Werbung
Anlage 5	Beitrittserklärung

§ 2 Geltungsbereich

1. Der Vertrag gilt für
 - a) diejenigen BKK die ihm beitreten. Der Vertrag umfasst die bundesweite Versorgung aller Versicherten der beteiligten BKK. Die DOG erhält vom BKK LV Bayern eine Liste der beigetretenen BKK.
 - b) die Deutsche Ocularistische Gesellschaft e.V. (nachfolgend DOG),
 - c) präqualifizierte Leistungserbringer (nachfolgend Leistungserbringer), die dem Vertrag gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zu den gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 5),
2. Der Geltungsbereich dieses Vertrages umfasst alle Versorgungen mit den in der Anlage 2a aufgeführten Hilfsmitteln für Versicherte der BKK im Bereich der Bundesrepublik Deutschland.

§ 3 Leistungsvoraussetzungen

1. Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in der Anlage 2a des Vertrages aufgeführten Hilfsmittel. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Gemäß § 126 Abs. 1a Satz 1 SGB V wird der Nachweis durch ein während der gesamten Vertragslaufzeit gültiges Zertifikat / Präqualifizierungsbestätigung einer Präqualifizierungsstelle geführt. Nach Ablauf eines Zertifikats oder bei geänderten Zertifikaten wird der Nachweis durch ein dann gültiges Zertifikat geführt, das dem BKK LV unverzüglich vorgelegt wird.
2. Die Voraussetzungen nach Absatz 1 hat jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, zu erfüllen. Liegt ein gültiges Präqualifizierungszertifikat nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der BKK.
3. Der Leistungserbringer weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragschluss bzw. Erklärung des Beitritts gemäß Anlage 5 nach. Ein ohne Vorlage eines Zertifikates gemäß § 126 Abs. 1 a Satz 2 SGB V erklärter Beitritt nach § 127 Abs. 2a SGB V entfaltet keine rechtliche Wirkung.

4. Der Leistungserbringer erfüllt zur qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten der BKK im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V während der Vertragslaufzeit die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards gemäß Anlage 1. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche

Versorgungsrecht. Für dennoch erfolgte Versorgungen besteht kein Vergütungsanspruch; auch nicht gegenüber den Versicherten der BKK.

Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche seine Präqualifizierung und / oder die Qualitäts- und Dienstleistungsstandards betreffen, teilt der Leistungserbringer dem BKK LV unverzüglich mit.

§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung

1. Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der BKK entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Er gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.
2. Der Leistungserbringer hält die zur Versorgung notwendigen Hilfsmittel in geeigneter und ausreichender Anzahl, Beschaffenheit und Ausstattung vor bzw. kann diese kurzfristig beschaffen. Gleiches gilt für die ausreichende Vorhaltung von regelmäßig benötigten Ersatzteilen und Zubehör sowie Verbrauchsmaterialien.
3. Die Qualität der Hilfsmittel hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem Therapieziel des Versicherten umfassend gerecht zu werden. Der Leistungserbringer liefert nur solche Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet oder in Qualität und Ausführung gleichwertig sind. Nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte haben mindestens die Vorgaben des MPG und der Richtlinie 93/42/EWG (CE-Kennzeichnung) sowie die im Hilfsmittelverzeichnis festgeschriebenen Qualitätsstandards zu erfüllen. Ein geeigneter Nachweis ist auf Verlangen des BKK LV zu erbringen. Der Leistungserbringer verpflichtet sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die einschlägigen rechtlichen Regelungen und Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG), der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), der Medizinprodukte-Verordnung (MPV), der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), der DIMDI-Vorschriften (DIMDIV), der Hygiene - Sterilvorschriften und des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V einzuhalten und zu beachten. Er gewährleistet dies durch ein Qualitätsmanagement-System. Die Kosten für das Qualitätsmanagementsystem sind mit den in der Anlage 2a vereinbarten Vergütungen abgegolten.
Der Leistungserbringer übernimmt sämtliche Verpflichtungen, zu der die vertragszugehörigen Betriebskrankenkassen (Vertragsteilnahme durch Beitritt mittels Anlage 5) nach der am 01.01.2017 in Kraft tretenden Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) - insbesondere gem. § 3 Abs. 2 MPBetreibV - verpflichtet sind (Aufgaben- und Funktionsübertragung zur Freistellung der Betriebskrankenkassen).
4. Die BKK kann Hilfsmittelversorgungen hinsichtlich der sozialmedizinischen Indikation im Falle eines Genehmigungsverfahrens vor der Auslieferung des Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen. Fordert der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern an, so ist der Leistungserbringer verpflichtet, die ihm vorliegenden Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln (§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Leistungserbringer stellt dafür die seitens des MDK für notwendig erachteten Angaben und Unterlagen unverzüglich und kostenfrei zur Verfügung.
5. Der Leistungserbringer behandelt alle Versicherten nach gleichen Grundsätzen. Der Leistungserbringer darf eine Versorgung mit Hilfsmitteln nicht ablehnen. Ausgenommen sind Fälle, in denen das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten durch konkrete Vorkommnisse zerstört ist oder der Versicherte seinen Mitwirkungspflichten zur Versorgung nicht nachkommt.

§ 5 Ärztliche Verordnung

1. Für die Versorgung mit Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
2. Voraussetzung für die Abgabe von Hilfsmitteln und deren Abrechnung nach diesem Vertrag ist eine vollständig und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung sowie deren Genehmigung, soweit nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.
3. Neben den Verordnungen (Muster Vordruck 16) zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser akzeptiert der BKK für Hilfsmittel, für die eine Genehmigung vorgesehen ist, auch nicht förmliche ärztliche Bescheinigungen.
4. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht innerhalb von 28 Tagen nach ihrer Ausstellung vom Leistungserbringer angenommen worden ist, sofern nicht medizinische Gründe eine andere Frist begründen. Eine andere Frist kann auch dann vorliegen, wenn wegen der Terminierung der Sprechtage eine fristgerechte Annahme der Verordnung nicht möglich ist.
5. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert und abgerechnet werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
6. Änderungen oder Ergänzungen an der ausgestellten Verordnung bzw. Bescheinigung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe (vgl. § 7 Abs. 4 Hilfsmittel-Richtlinie).
7. Nachstehend benannte fehlende Angaben auf der ärztlichen Verordnung können abweichend von Absatz 6 vom Leistungserbringer gemäß den folgenden Erläuterungen ausnahmsweise nachgetragen werden. Ein Nachtrag ist entbehrlich, soweit die hier unter a) bis c) genannten Daten im Rahmen des elektronischen Kostenvoranschlages gegenseitig übermittelt werden.
 - a) Ist nur der Kostenträger angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassen-Nummer ergänzt werden.
 - b) Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Versicherten-Nummer ergänzt werden.
 - c) Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der BKK über die Befreiung von der Zuzahlung nach § 62 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
8. Für Aufarbeitungen z.B. polieren von Kunststoffprothesen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich.
9. Ist auf der vertragsärztlichen Verordnung das Kennzeichen „6“ für BVG angegeben, ist die BKK regelmäßig nicht zuständig, sondern die Orthopädischen Versorgungsstellen. Die in dieser Form gekennzeichneten Verordnungen können nicht mit der BKK abgerechnet werden.

§ 6 Genehmigung / Kostenvoranschlag

1. Hilfsmittel werden den Versicherten der BKK auf Antrag gewährt. Die Abgabe eines Hilfsmittels bedarf grundsätzlich der vorherigen Genehmigung der BKK. Die Antragstellung kann im Sinne des Versicherten vom Leistungserbringer mittels Kostenvoranschlag, der zusammen mit der ärztlichen Verordnung und ggf. weiteren Unterlagen erfolgen.
2. Abweichend von Absatz 1 verzichtet die BKK auf die Genehmigung der Versorgung, soweit dies in der Anlage 2a vorgesehen ist. Der Verzicht auf die Genehmigung kann unabhängig von der Gültigkeit der Anlage 2a von der BKK widerrufen werden. Diesbezügliche Änderungen sind den Vertragspartnern mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich mitzuteilen. Die BKK kann den Genehmigungsverzicht auch gegenüber einem einzelnen Leistungserbringer mit einer Frist von 14 Tagen schriftlich widerrufen, wenn sie bei diesem nicht nachvollziehbare Mengensteigerung oder Verstöße gegen vertragliche Bestimmungen feststellt.
3. Ist gemäß der vertraglichen Regelungen eine Genehmigung erforderlich, reicht der Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Verordnung sowie ggf. weiteren Unterlagen bei der BKK ein. Der Kostenvoranschlag soll in der von der BKK vorgesehenen Form elektronisch übermittelt werden.
4. Aus dem Kostenvoranschlag müssen die Daten des Leistungserbringers, insbesondere das diesem Vertrag zugeordnete Institutionskennzeichen (1K), eindeutig hervorgehen. Der Kostenvoranschlag muss in seinen Bestandteilen und - soweit es sich nicht um Vertragspreise für die Produktart handelt - der Preisfindung/Kalkulation nachvollziehbar sein. Er enthält mindestens den Namen und Vornamen des Versicherten, sein Geburtsdatum sowie dessen Anschrift und die Versichertennummer. Im Kostenvoranschlag wird die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer des beantragten Hilfsmittels, soweit vorgesehen die 7-stellige Produktart oder die kassenspezifische Abrechnungsnummer aus der Anlage 2a angegeben. Ist das beantragte Produkt nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, sind im Kostenvoranschlag die genaue Modellbezeichnung, der Hersteller und die Artikelnummern oder die Pharmazentralnummer (PZN) anzugeben. Gleiches gilt, soweit sich die Daten nicht aus der 10-stelligen Hilfsmittelnummer oder kassenspezifische Abrechnungsnummer ableiten lassen. Sind für das Hilfsmittel Zurichtungen und / oder Zubehör erforderlich, die nicht im Grundhilfsmittel enthalten sind, werden diese im Kostenvoranschlag zusätzlich konkret ausgewiesen.
5. Anfragen der BKK beantwortet der Leistungserbringer zeitnah; eine gesonderte Vergütung kann nicht beansprucht werden. Kostenvoranschläge werden kostenlos erstellt.

§ 7 Art und Umfang der Leistung 1 Versorgungsqualität

1. Der Leistungserbringer berät den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 SGB V für seine konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Dem Versicherten ist eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten.
2. Die Beratung ist gemäß § 127 Abs. 4a Satz 2 SGB V in geeigneter Weise schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen. Diese Dokumentationspflicht entfällt, soweit Hilfsmittel im Rahmen des Sachleistungssystems aufzahlungsfrei an den Versicherten abgegeben werden.
3. Auf Wunsch des Versicherten können gemäß § 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, kann der Leistungserbringer dem Versicherten die erforderlichen Mehrkosten in Rechnung stellen. Die Beratung des Versicherten, die den Aufzahlungsbetrag begründenden Tatbestände und die Aufzahlungshöhe sind in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage 3) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die vom Leistungserbringer genutzte Mehrkostenerklärung (Anlage 3) kann in ihrem Layout von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen. Die vorgegebenen Inhalte müssen jedoch enthalten sein. Die Anlage 3 bewahrt der Leistungserbringer gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf und stellt sie der BKK auf Anforderung zur Verfügung.

4. Die Anfertigung und Abgabe des Hilfsmittels erfolgt nach Vorlage der ärztlichen Verordnung und - soweit erforderlich - der Genehmigung der BKK. Termine für die Anpassung und Abgabe der Hilfsmittel sind mit dem Versicherten einvernehmlich zu vereinbaren.
5. Die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln nach Absatz 4 beinhaltet alle zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Anpassung sowie eine umfassende Anleitung / Einweisung und Nachbetreuung des Versicherten bzw. der Betreuungsperson(en) in den sachgerechten Gebrauch durch den Leistungserbringer sowie Gebühren für Porto oder Fracht.
6. Der Leistungserbringer leitet den Versicherten in der Handhabung und Pflege des Hilfsmittels an. Soweit erforderlich, probiert er mit dem Versicherten das Hilfsmittel aus und passt es an dessen medizinische und körperliche Gegebenheiten an. Er überlässt ihm das passende Hilfsmittel und gewährleistet auf den Übergabezeitpunkt dessen einwandfreie Beschaffenheit, Funktionsfähigkeit sowie die Anleitung in dessen Gebrauch. Ebenfalls wird eine erforderliche Nachbetreuung des Versicherten gewährleistet, damit das Hilfsmittel effektiv zum Einsatz kommen kann.
7. Ist eine Genehmigung vorgesehen, erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln vor Genehmigung der BKK auf eigenes Risiko des Leistungserbringers.
8. Der Leistungserbringer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal gemäß der Anlage 1 ein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Auf Verlangen der BKK ist ein Nachweis vorzulegen.
9. Der Leistungserbringer setzt - soweit möglich - herstellerneutral die notwendigen Hilfsmittel bedarfsgerecht ein und trifft die individuelle Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten. Für die Produktauswahl gelten die Bestimmungen der Hilfsmittel-Richtlinie, die Ausführungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie das MPG.
10. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).
11. Vor einer notwendigen Ersatzversorgung ist der Leistungserbringer verpflichtet, auf etwaige Garantie-/Gewährleistungsansprüche zu achten. Die BKK erhält vom Leistungserbringer einen schriftlichen Hinweis, wenn an einem Hilfsmittel ein Schaden festgestellt oder vermutet wird, der auf unsachgemäße Behandlung bzw. nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zurückzuführen ist.

§ 8 Haftung / Gewährleistung / Insolvenz

1. Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, gelten in gleicher Weise für die BKK.
3. Kommt der Leistungserbringer seiner Verpflichtung zur Leistungserbringung aus diesem Vertrag nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die BKK berechtigt, nach Mahnung unter Fristsetzung und fruchtlosem Ablauf der Frist anstelle des Leistungserbringers die Versorgung des Versicherten anderweitig sicherzustellen. Ist die Leistung unaufschiebbar, ist keine Mahnung nach Satz 1 erforderlich. Im Falle schuldhafter Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
4. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten oder Dritten durch Hilfsmittel entstehen, die fehlerhaft ausgeliefert wurden, nach den gesetzlichen Bestimmungen.
5. Der Leistungserbringer hat die BKK von allen Ansprüchen Dritter freizustellen, die ursächlich durch eine mangelhafte Leistung oder einen sonstigen Vertragsverstoß des Leistungserbringers entstehen.
6. Zur Erfüllung der vorgenannten Ansprüche 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.
7. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, dem BKK LV 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, sind die BKK LV auch hierüber unverzüglich zu informieren. Der Vertragspartner hat in diesen Fällen der BKK umgehend eine Aufstellung der laufenden Versorgungsleistungen von Versicherten der BKK zu übermitteln.

§ 9 Vergütung / Abrechnung

1. Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf Vergütung gegenüber dem BKK, wenn er die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag erbracht hat. Der Empfang der Lieferung ist durch den Versicherten, die betreuende Person bzw. eine berechtigte Person in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung oder mit einem separaten Nachweis auf Standardpapier (Papiergröße DIN A4 oder A5 mit einer Papierstärke von mindestens 70 g/m² bis maximal 100 g/m²) zu bestätigen. Zulässig sind darüber hinaus nach Maßgabe des Vertrauensdienstgesetzes (VDG) verwendete digitale Empfangsbestätigungen.
2. Die Vergütung ist in der Anlage 2a geregelt. Die Preise verstehen sich netto zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
3. Die Vergütung vermindert sich um die nach § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 SGB V durch den Leistungserbringer von den volljährigen Versicherten einzuziehende Zuzahlung in Höhe von 10 v.H., mindestens 5 EUR aber höchstens 10 EUR. Versicherte, die eine gültige Befreiungskarte nach § 62 SGB V vorlegen, sind für den auf der Karte vermerkten Zeitraum von der Zuzahlung befreit. Zahlt der Versicherte die Zuzahlung nicht, geht der Einzug gemäß § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht auf die BKK über.

4. Mit der Vergütung nach der Anlage 2a sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Aufzahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten ist vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.
5. Wählt der Versicherte eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, ist bei der Abrechnung das Hilfsmittelverwendungskennzeichen „06“ zu verwenden, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt. Gemäß § 302 Abs. 1 SGB V ist der mit dem Versicherten vereinbarte Mehrkostenbetrag bei der Abrechnung zu übermitteln.
6. Für das Abrechnungsverfahren gelten § 302 SGB V und die Richtlinien des GKVSpitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens in der jeweils gültigen Fassung.
7. Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungsleistungen eines Kalendermonats jeweils frühestens am Monatsletzten. Der Tag der Abgabe des Hilfsmittels an den Versicherten gilt als Tag der Leistungserbringung. Die Abrechnung ist einmal monatlich als Gesamtrechnung zu erstellen und bei den von der BKK benannten Daten- und Papierannahmestellen unter Angabe des Institutionskennzeichens einzureichen.
8. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind monatlich abzurechnen. Dies gilt auch, wenn die ärztliche Verordnung einen längeren Versorgungszeitraum ausweist und / oder die Abgabe / Lieferung mehrere Monate umfasst. Folgemonate können nach erbrachter Leistung frühestens in dem Kalendermonat abgerechnet werden, der für die Folgeversorgung maßgebend ist. In diesen Fällen ist der ersten Abrechnung die Verordnung im Original beizufügen.
9. Jeder Abrechnungsfall ist unter Angabe der entsprechenden 10-stelligen Hilfsmittelnummer des jeweiligen Einzelproduktes und des korrekten Hilfsmittelverwendungskennzeichens anzuliefern. Weist die 10-stellige Hilfsmittelnummer kein konkretes Einzelprodukt aus, ist bei der Abrechnung zusätzlich der Hersteller und die Artikelnummern oder die PZN des Produktes im Textfeld anzugeben. Dabei ist die Angabe des jeweiligen Leistungserbringergruppenschlüssels (Abrechnungscode / Tarifkennzeichen 19 90 321) zwingend erforderlich.
10. Bei genehmigten Hilfsmitteln ist das Genehmigungskennzeichen anzugeben. Bei der Abrechnung von Folgepauschalen, deren Erstversorgung genehmigungspflichtig war, ist das hierbei ausgewiesene Genehmigungskennzeichen sowie der Zeitraum der Pauschale anzugeben.
11. Der Leistungserbringer ist bei ordnungsgemäß ausgestellten Verordnungen zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen BKK nicht verpflichtet; ein Fehlen der Mitgliedschaft entbindet die BKK nicht von der Zahlungspflicht, es sei denn, die BKK hat den Leistungserbringer entsprechend informiert.
12. Die Verordnungsblätter haben auf den dafür vorgesehenen Feldern alle notwendigen Angaben über die Preisfeststellungen nach den jeweiligen Positionen der Anlage 2a, den Stempel des Leistungserbringers und sein Institutionskennzeichen zu enthalten. Zusätzlich sind auf der Verordnung die Rechnungs- und Belegnummer zur Kennzeichnung aufzudrucken. Aus allen Urbelegen (z.B. separate Empfangsbestätigung), die zusätzlich zur Abrechnung erforderlich sind, muss der Leistungserbringer eindeutig erkennbar sein. Ist für die Abrechnung keine Verordnung (z.B. bei Aufarbeitungen) erforderlich, ist die Rechnungs- und Belegnummer auf einem der ersatzweise einzureichenden Urbelege aufzudrucken. Das Anbringen von Aufklebern ist unzulässig, soweit durch diese wichtigen Teile der Urbelege verdeckt werden. Hinweise an den Kostenträger sind ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung zulässig (im Feld „Vermerke der Krankenkasse“). Sind Korrekturen erforderlich, muss der ursprüngliche Text noch lesbar sein. Die Verwendung von Korrekturbändern oder -flüssigkeiten ist unzulässig. Bei Korrekturen sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten.

13. Eine Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der BKK für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund nicht zutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
14. Die BKK begleicht Rechnungen bargeldlos innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (Daten und Papierbelege) bei der BKK vorliegen. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
15. Die Zahlungen an eine beauftragte zentrale Abrechnungsstelle haben befreiende Wirkung für die BKK gegenüber dem Leistungserbringer. Wenn eine Abrechnungsstelle beauftragt wird, ist das vorab der BKK zu melden. Im Übrigen können Forderungen gegen die AOK Bayern nur mit vorheriger Zustimmung der BKK an Dritte (z. B. Abtretungen an Banken, Finanzierungsinstitute, verlängerter Eigentumsvorbehalt, usw.) abgetreten bzw. verkauft werden. Die Zustimmung kann die BKK nur in begründeten Fällen verweigern.
16. Bei mangelnder Prüffähigkeit (z.B. fehlende oder unsortierte Belege, falsche oder fehlende Angaben auf den Belegen oder im Datensatz) oder erheblichen Differenzen (z.B. falsches AC/TK, falsche Hilfsmittelnummer, falsche Verwendungskennzeichen, fehlerhafte Preisangaben) oder der Abrechnung anderer als der in der Anlage 2a vereinbarten Preise kann die BKK dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben oder den betreffenden Abrechnungsfall von der Gesamtrechnung absetzen. Die BKK kann die Bezahlung der Gesamtrechnung des Leistungserbringers vollständig verweigern, wenn der überwiegende Teil der Abrechnungsfälle fehlerhaft ist. Diese Rechte können innerhalb des Zahlungsziels gemäß Absatz 14 geltend gemacht werden. Bei zurückgegebenen oder zurückgewiesenen Rechnungen nach Satz 1 beginnt mit der erneuten Rechnungslegung das Zahlungsziel nach Absatz 14. Der Nachweis des vollständigen Einganges der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle. Bei fehlerhaft erstellten Rechnungen ist die BKK nicht zur Bezahlung verpflichtet.
17. Wird ein individuell angefertigtes Hilfsmittel vom Versicherten nicht abgeholt, so mahnt der Leistungserbringer den Versicherten zweimal schriftlich zur Abholung des Hilfsmittels unter Fristsetzung. Einen Abdruck der Schreiben übermittelt der Leistungserbringer der BKK. Wird das Hilfsmittel nach Ablauf der letzten Frist nicht abgeholt, kann der Leistungserbringer den vertraglich vereinbarten Preis abrechnen. Anstelle der Empfangsbestätigung durch den Versicherten vermerkt der Leistungserbringer in diesen Fällen auf der Rückseite der Verordnung im Feld „Vermerke der Krankenkasse“, dass das Hilfsmittel nicht abgeholt wurde. Der Leistungserbringer bewahrt das Hilfsmittel ab Rechnungslegung für drei Monate auf; das Hilfsmittel ist der BKK auf Verlangen auszuhändigen. Die vom Versicherten zu leistende Zuzahlung und ggf. mit ihm vereinbarten Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

§ 10 Datenschutz / Wahrung von Betriebsund Geschäftsgeheimnissen

1. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insb. EU-DSGVO, SGB X, BDSG, Landesdatenschutzgesetze) einzuhalten.

2. Der Leistungserbringer hat die Maßnahme zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
3. Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden 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.
4. Die Daten dürfen im gesetzlichen zulässigen Rahmen nur für die im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
5. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
6. Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patienten und deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht.
Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 11 Zusammenarbeit mit Dritten

1. Annahmestellen für Verordnungen sowie die Annahme von Verordnungen unter Umgehung des Versicherten (direkte Weitergabe vom Arzt an den Leistungserbringer) sind vorbehaltlich Absatz 2 unzulässig.
2. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen.
3. Unzulässig ist die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer.
4. Unzulässige Zuwendungen sind die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungsoder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Unzulässig sind deshalb in diesem Zusammenhang insbesondere auch Beteiligungen von Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen am Unternehmen des Leistungserbringers (z. B. als Gesellschafter), wenn Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen dabei durch ihr Verordnungsverhalten finanziell partizipieren könnten.

5. Eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Vertragsärzten sowie Ärzten in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen liegt auch vor, wenn der Leistungserbringer seine Geschäftsräume über den marktüblichen Mietpreisen von Vertragsärzten,

Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen anmietet oder der Leistungserbringer Räume unter den marktüblichen Mietpreisen an Vertragsärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen vermietet. Zulässig angemietete oder vermietete Räume müssen eindeutig und für jedermann auf den ersten Blick erkennbar von der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung räumlich getrennt und separat zugänglich sein.

§ 12 Werbung

1. Werbemaßnahmen des Vertragspartners dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der BKK beziehen. Näheres ist in der Anlage 4 ausgeführt.
2. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt. Sie sollen sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z.B. nur ein Produkt oder Hersteller beziehen.
3. Die Versorgung mit aufzahlungsfreien Hilfsmitteln darf vom Vertragspartner hinsichtlich der Qualität und Funktion im Rahmen der Kommunikation mit dem Versicherten / Betreuer / Bevollmächtigten nicht abgewertet werden.

§ 13 Maßnahmen bei Pflichtverletzungen

1. Die BKK ist nach § 127 Abs. 5a SGB V dazu verpflichtet, die Einhaltung der den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Entsprechend § 127 Abs. 5a SGB V informiert der Leistungserbringer die BKK auf Anforderung detailliert über die an den Versicherten abgegebenen Leistungen und dabei ggf. auch über die zusätzlichen, mit Mehrkosten verbundenen Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V. Sofern die BKK auffällige Sachverhalte feststellt, hat der Leistungserbringer diese durch eigene Stellungnahmen aufzuklären und die dafür erforderlichen Unterlagen der BKK nach Maßgabe des § 127 Abs. 5b SGB V zu übermitteln.
2. Soweit die Überprüfung nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Betriebsausstattungen betrifft, hat die BKK das Recht, während der üblichen Öffnungszeiten die Betriebsstätte durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Die BKK kündigt den Besuch zeitnah an. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter haben die Möglichkeit die Besichtigung abzulehnen. Die nicht Erweislichkeit der ordnungsgemäßen Leistungserbringung geht in diesem Fall zu Lasten des Leistungserbringers.
3. Erfüllt der Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der BKK nicht oder verstößt er in sonstiger Weise gegen vertragliche oder gesetzliche Pflichten gegenüber dem Versicherten oder der BKK, so kann ihn die BKK bei Verschulden des Leistungserbringers unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit abmahnen, eine Vertragsstrafe gemäß Absatz 6 aussprechen oder den Vertrag gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 außerordentlich kündigen.
4. Die BKK räumt dem betroffenen Leistungserbringer vor Maßnahmen nach Absatz 3 die Möglichkeit zur Stellungnahme ein.

5. Als Verstöße im Sinne von Absatz 3 gelten insbesondere:
- a) Missbräuchliche oder vorsätzliche Berechnung nicht erbrachter Leistungen,
 - b) Abgabe von Hilfsmitteln, die in ihrer Ausführung nicht der Genehmigung und / oder Abrechnung entsprechen (ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die der Versicherte gemäß § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V mit Mehrkosten gewählt hat)
 - c) Nichterfüllung bzw. Wegfall der Voraussetzungen nach § 3
 - d) Leistungserbringung mit groben Mängeln, welche geeignet sind, die medizinische und therapeutische Zielsetzung der ärztlichen Verordnung zu gefährden
 - e) Leistungserbringung durch fachlich nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter
 - f) Verstoß gegen Beratungs- und/oder Dokumentationspflichten gemäß § 7 Abs. 1 bis 3,
 - g) unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vgl. § 12 Abs. 2),
 - h) Beteiligung von Ärzten 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. § 12 Abs. 4 bis 7)
 - i) unberechtigte Änderung der ärztlichen Verordnung
 - j) wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz
 - k) unterlassene Mitteilung über Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen)
 - l) Nichterfüllung der gemäß § 3 Absatz 6 übertragenen Aufgaben
 - m) Verstöße gegen § 7 Absatz 3
6. Sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 gegeben sind, kann die BKK nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe je Einzelfall fordern. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Bruttorechnungsbetrages des vergangenen Kalenderjahres nach diesem Vertrag. Sofern im vergangenen Kalenderjahr keine Abrechnungen mit der BKK auf Basis dieses Vertrages erfolgten, gilt stattdessen der bis zum Inkrafttreten des Vertrages abgerechnete Bruttorechnungsbetrag in dem von diesem Vertrag umfassten Versorgungsbereich.
7. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße gegen die Regelungen der Absätze 5 g) oder h) kann der Leistungserbringer zudem für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (§ 128 Abs. 3 SGB V).
8. Unabhängig von den Maßnahmen gemäß Absatz 3 hat der Leistungserbringer der BKK den durch die Vertragsverletzung entstandenen Schaden zu ersetzen. Vertragsstrafen gemäß Absatz 6 werden dabei angerechnet.

§ 14 Inkrafttreten / Kündigung des Vertrages

1. Dieser Vertrag tritt am 01.01.2024 in Kraft und gilt für alle ab diesem Zeitpunkt abgegebenen Hilfsmittel und ersetzt den Vertrag vom 13.12./14.12./22.12.2022 in der Fassung vom 01.01.2023 Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2024 schriftlich gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
2. Werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Inkrafttreten dieses Vertrages gemäß § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt, die unterhalb der in der Anlage 2a vereinbarten Preise liegen, treten die Festbeträge einschließlich der Leistungsinhalte anstelle der Vertragspreise.
3. Zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte spätere Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gelten auch für die beigetretenen Leistungserbringer, sofern sie von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht von ihrem Sonderkündigungsrecht nach Absatz 5 Gebrauch gemacht haben.

4. Ein beigetretener Leistungserbringer kann über das Kündigungsrecht nach Absatz 1 hinaus sein Vertragsverhältnis innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe einer Änderung dieses Vertrages ohne Angabe von Gründen gegenüber den BKK LV fristlos schriftlich kündigen.
5. Die Preisvereinbarung (Anlage 2a) kann von den BKK LV oder dem vertragschließenden Verband mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2024 schriftlich gekündigt werden, ohne dass dies den Vertrag an sich berührt.

§ 16 Schlussbestimmung

1. Änderungen des Vertrages — einschließlich der Änderung dieser Klausel — bedürfen der Schriftform.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.
3. Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Ort, Datum

BKK Landesverband Bayern

Ort, Datum

BKK Landesverband Süd

Ort, Datum

Deutsche Ocularistische Gesellschaft e.V.

Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG Qualitäts- und Dienstleistungsstandards

Nach den Empfehlungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V können neben der gesetzlich vorgeschriebenen Präqualifizierung weitergehende, auftragsbezogene Kriterien Bestandteil der Verträge nach § 127 SGB V sein. Die nachstehenden Qualitäts- und Dienstleistungsstandards sowie die Einrichtungsrichtlinien der DOG stellen im Sinne des § 127 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 3 SGB V die Qualität der Versorgung der Versicherten der BKK sicher. Ein Leistungserbringer kann nur dann Vertragspartner der BKK sein, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt.

Der Leistungserbringer stellt für das unmittelbar mit der Beratung und Versorgung der Versicherten der BKK betraute Personal die regelmäßige Teilnahme (mindestens alle 2 Jahre) an Seminaren und Weiterbildungen über Material-, Funktions- und Produkteigenschaften der von diesem Vertrag umfassten Hilfsmittel sicher. Auf Verlangen der BKK legt der Leistungserbringer entsprechende Nachweise vor.

Das Fachpersonal muss in der Weise angestellt sein, dass während der üblichen Geschäftszeiten die kontinuierliche Beratung und Versorgung der Versicherten sowie Änderungen, Instandsetzungen, Instandhaltungen und Ersatzbeschaffung gewährleistet werden kann.

Der Leistungserbringer hat die umgehende Abwicklung von unaufschiebbaren Änderungen und Instandsetzungen, Ersatzbeschaffungen sowie Gewährleistungen und ggf. dafür notwendige Beratungen und Einweisungen sicherzustellen, auch wenn er an weniger als fünf Wochentagen für die Versicherten der BKK erreichbar ist. Auf Verlangen der BKK hat der Leistungserbringer den Nachweis der Sicherstellung zu führen. Erfolgt dabei die Sicherstellung durch vertraglich vereinbarte Unterauftragsverhältnisse, führt der Unterauftragnehmer den Nachweis seiner Eignung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V. Für Instandsetzungen und Instandhaltungen erfüllt der Unterauftragnehmer die Anforderungen gemäß § 7 i.V.m. § 5 MPBetreibV. Der Leistungserbringer haftet gegenüber der BKK für Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen oder sonstige Schäden, die in diesem Zusammenhang durch den Unterauftragnehmer verursacht wurden.

Der Leistungserbringer informiert den Versicherten - soweit erforderlich - über alle wesentlichen Schritte im Versorgungsprozess. Notwendige Termine stimmt er mit dem Versicherten ab.

Allergien gegen bestimmte Materialien, die in Hilfsmitteln vorkommen können, werden abgeklärt.

Die Produktauswahl berücksichtigt mindestens die Indikation / Diagnose gemäß der vertragsärztlichen Verordnung, die Fähigkeitsstörungen des Versicherten, das therapeutische Ziel, die Fähigkeit und den Willen das Produkt zu nutzen und soweit erforderlich das soziale Umfeld.

Die Abgabe des Hilfsmittels ist - soweit erforderlich - mit dem Ausprobieren durch den Versicherten und der Einweisung in den Gebrauch verbunden. Der Versicherte erhält Hinweise zur Reinigung, zur Wartung, soweit sie vom Hersteller vorgeschrieben ist, und die Gebrauchsanweisung. Er ist auf die Verfahrensweisen bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen. Der Versicherte erhält die Kontaktdaten des Leistungserbringers in schriftlicher Form.

Einrichtungsrichtlinien der DOG

Firmierung und Bezeichnung der Betriebsstätte

1. Die Anfertigung und Anpassung von Augen- und Gesichtsprothesen erfolgt in fest angemieteten oder im eigenen Besitz befindlichen Räumen, die mit der Bezeichnung „Institut für Ocularistik und Epithetik" gekennzeichnet werden.
2. Der Hauptsitz des Instituts darf ausschließlich nur der ocularistischen bzw. gesichtsprothetischen Tätigkeit dienen und muss den Bestimmungen zur gewerblichen Raumnutzung entsprechen.
3. Die Tätigkeit darf nicht in privaten Haushalten oder sonstigen, der Tätigkeit nicht entsprechenden Räumen ausgeübt werden.
4. Für Sprechtage außerhalb der Tätigkeit des Institutes gelten diese Bestimmungen mit der Einschränkung der Mitbenutzbarkeit von entsprechenden Räumen. Außersprechtage sollten in den Räumen stattfinden, die dem Heil- und Pflegedienst zuzuordnen sind. Andere Räume sind nicht statthaft. In Zweifels- oder Ausnahmefällen muss die Entscheidung der DOG eingeholt werden.
5. Eine Tätigkeit in Betriebsstätten, die dem Gaststätten- und Vergnügungsgewerbe zugerechnet werden, ist nicht statthaft.
6. Eine Zusammenarbeit mit berufsfremden Vermietern dergestalt, dass der Ocularist in diesen Räumen subunternehmerisch in Erscheinung tritt, ist nicht statthaft.

Lage und Beschaffenheit des Institutes (Betriebsstätte)

1. Das Institut sollte möglichst zentral vor Ort liegen und für die Patienten verkehrsgünstig erreichbar sein.
2. Die Betriebsstätte des Instituts muss über getrennte Bereiche verfügen:
 - a. Anpassungs- und Fertigungsbereich,
 - b. Wartebereich für Patienten und
 - c. Sanitäreinrichtung.
3. Die Räume müssen in baulich einwandfreien Zustand sein, natürliche Tageslichtverhältnisse aufweisen, gut belüftet sein und müssen den gesundheitsamtlichen Richtlinien für die Behandlungsräume für Patienten entsprechen.

Einrichtung der Betriebsstätte, Anpassungs- und Anfertigungsbereich

Die Einrichtung des Anpassungs- und Anfertigungsbereiches besteht aus dem(n) Arbeitstisch(en) und der Bestuhlung für den Ocularisten und dem Behandlungsstuhl für den Patienten.

Arbeitsplatz

Der Arbeitstisch des Ocularisten, der Prothesen aus Glas fertigt, besteht aus den Geräten zur Fertigung und den Instrumenten zur Behandlung des Patienten.

Während der Behandlung des Patienten ist der Arbeitstisch hygienisch und sauber zu halten. Nicht benötigtes Anfertigungsmaterial und Abfälle sind zu entfernen.

Auf dem Arbeitsplatz muss Desinfektionsflüssigkeit für die Prothesen, Einmaltupfer und Pflegemittel vorhanden sein.

Der Behandlungsraum muss in baulich einwandfreien Zustand sein, natürliche Tageslichtverhältnisse aufweisen, gut belüftet sein und müssen den gesundheitsamtlichen Richtlinien für die Behandlungsräume für Patienten entsprechen.

Er muss neben der Arbeits- und Anpassungseinrichtung über ein Handwaschbecken und einer Händedesinfektionsanlage verfügen.

Die Betriebsenergie (Gasanlagen) muss ordnungsgemäß installiert sein und den berufsgenossenschaftlichen Richtlinien entsprechen. Feuerschutzmaßnahmen müssen beachtet werden. Die tägliche Pflege der Räume und die Hygiene der Behandlungs- und Arbeitsplätze müssen durch das Personal gewährleistet sein.

Für die ordnungsgemäße Ausstattung und die erforderliche Instandhaltung der Betriebsräume ist der Institutsleiter verantwortlich.

Anlage 2
zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG

Preisvereinbarung

1. Der Vertrag regelt die Versorgung der Versicherten der BKK mit Hilfsmitteln der in der/n Anlage 2a genannten Produktuntergruppen/-arten einschließlich aller zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen. Die Anlage 2a regeln die Vergütung für die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen.
2. Mit den in der Anlage 2a vereinbarten Vertragspreisen sind alle vertraglichen Pflichten und Nebenpflichten vorbehaltlich § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V abgegolten. Insbesondere sind die fachgerechte Versorgung mit den Hilfsmitteln und alle damit zusätzlich zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden notwendigen Leistungen wie z.B. Beratung, Ausprobieren, Anleitung, Anpassung, Porto, Fracht, Abgabe sowie Nachbetreuungen der Versicherten oder deren betreuenden Personen abgegolten.
3. Die in der Anlage 2a vereinbarten Vertragspreise können ausschließlich mit den aktuell gültigen Hilfsmittelpositionsnummern (PG 36) abgerechnet werden. Die in der Anlage 2a zusätzlich angeführten Hilfsmittelpositionsnummern aus der PG 24 stellen eine rein redaktionelle Ergänzung dar, um einen Angleich mit der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sicherzustellen.

**Anlage 2a
zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG**

Preisvereinbarung PG36 für das Jahr 2024

Positionsnummer	Bezeichnung	Netto Preis 2024	Merkmale	Brutto Preis 2024
36.21.01.0001	Doppelwandiges Kunstauge aus Glas (Reformauge)	546,35 €	- Nachbildung einer extremen Skleralfärbung - Nachbildung einer extremen Pupillenweite oder Iris aufgrund verletzungs- oder pathologisch bedingter Zustände - Nachbildung einer ungewöhnlichen Pigmentierung - Nachbildung eines Arcus Lipoides	584,59 €
36.21.01.1001	Einwandiges Kunstauge aus Glas	546,35 €	- Nachbildung einer extremen Skleralfärbung - Nachbildung einer extremen Pupillenweite oder Iris aufgrund verletzungs- oder pathologisch bedingter Zustände - Nachbildung einer ungewöhnlichen Pigmentierung - Nachbildung eines Arcus Lipoides	584,59 €
36.21.01.2001	Bulbusschale aus Glas	546,35 €	- Nachbildung einer extremen Skleralfärbung - Nachbildung einer extremen Pupillenweite oder Iris aufgrund verletzungs- oder pathologisch bedingter Zustände - Nachbildung einer ungewöhnlichen Pigmentierung - Nachbildung eines Arcus Lipoides	584,59 €
36.21.01.3001	Sonderversorgungen mit Kunstaugen aus Glas	KV	- Kunstauge aus Glas mit erheblichen Mehraufwand - Kunstauge aus Glas zur Integration mit Plombenarten - Defektabdeckung durch Haut- oder Lidnachbildung	
36.21.01.4001	Kunstauge aus Glas für Epithesen	KV		
Kunststoffprothesen				
36.21.02.0001	Schalenaug aus Kunststoff	KV		
36.21.02.1001	Bulbusschale aus Kunststoff	KV		
36.21.02.2001	Sonderanfertigungen aus Kunststoff	KV	- Kunstauge aus Glas mit erheblichen Mehraufwand - Kunstauge aus Glas zur Integration mit Plombenarten - Defektabdeckung durch Haut- oder Lidnachbildung	

Anlage 2a
zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG

Preisvereinbarung PG36 für das Jahr 2024				
Positionsnummer	Bezeichnung	Netto Preis 2024	Merkmale	Brutto Preis 2024
36.21.02.3001	Kunstauge aus Kunststoff für Epithesen	KV		
Zusatzpositionen				
36.99.01.0005	Nacharbeiten bei Kunstaugen aus Kunststoff von Kindern im Wachstumsalter	KV		
36.99.01.0006	Oberflächennachbehandlung von Kunstaugen aus Kunststoff	KV		
36.99.01.0007	Interimsprothesen	152,99 €	Ein- und doppelwandige Lochprothesen und Conformer Postoperative Erstversorgung mit Interimsprothesen Postoperative Erstversorgung nach Eingriffen zur Rekonstruktion mit Orbita oder Adnexe Conformer-Behandlung	163,70 €
36.99.01.0008	Zuschlag für Sonderformen der Interimsprothese	KV	Wenn kein Rohling verwendet werden kann/soll	
36.99.01.0009	Orbita-Abdruck	35,22 €	Bei Sonderversorgungen	37,69 €
36.99.01.0010	Vergütung für nicht zurücknehmbare Interimsprothesen oder Conformer	95,59 €	nicht besetzt	102,28 €
36.99.01.0011	Modellausarbeitung	159,05€	Erarbeitung von Dicke, Umfang und Wölbung der Augenprothese ggf. mit vorheriger Wchsmodellierung und Anpassung mit Überprüfen von Sitz und Aussehen. Bei Erstversorgungen und bei Folgeversorgungen, wenn die bisherige Augenprothese nicht mehr vorhanden ist oder erhebliche Veränderungen der Augenhöhle vorliegen.	170,18 €

Anlage 2a
zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG

Preisvereinbarung PG36 für das Jahr 2024				
Positionsnummer	Bezeichnung	Netto Preis 2024	Merkmale	Brutto Preis 2024
Sonstige Zusatzpositionen				
36.00.99.0015	Beratung	57,08 €	- Beratungsbesuch im OP inkl. Weggebühren - Beratung bei postoperativer Erstversorgung mit Interimsprothesen (Pos. 36.99.01.0007) - Beratung ohne nachfolgende Behandlung	61,08 €
36.00.99.0016	Hausbesuche (nicht Sprech- tage)	KV		
36.00.99.0019	Sprechtagsvergütung	39,65 €	Diese Position ist je Versicherten zweimal im Jahr und nur in Kombination mit den Hilfsmittelpositionsnummern: 36.21.01.xxxx, 36.21.02.xxxx, 36.99.01.xxxx und 36.00.99.xxxx abrechnungsfähig.	42,43 €
36.00.99.0020	Prothesenaufschlag für Erst- versorgung	53,65 €	Diese Position ist einmal bei der Erstversorgung des Versicherten abrechnungsfähig. Dies gilt auch bei der Erstversorgung von Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr.	57,41 €
36.00.99.0021	Prothesenaufschlag für Kleinkind- und Kinderver- sorgung	107,05 €	Diese Position kann bei jeder Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr abgerechnet werden.	114,54 €

Anlage 3

zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG

Mehrkostenerklärung des Versicherten (mit Dokumentation nach § 127 Abs. 4a SGB V)

Zur Verordnung:

Arzt — Nr. _____

Verordnung - Datum _____

Versorgender Leistungserbringer

IK-Nummer _____

Institut _____

Firmenstempel

Versicherte/r

Name _____

Krankenkasse _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____

Ich bestätige hiermit, dass mich mein gewählter Leistungserbringer vor der Versorgung mit dem/den verordneten Hilfsmittel/n, mithin vor Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 33 Abs.1 S.1 u. 4 SGB V, umfassend beraten hat.

Die Beratung zeigte mir auf, 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 meiner konkreten Situation, insbesondere unter Beachtung meiner individuellen Indikation, geeignet und medizinisch notwendig sind. Ich wurde hierbei über das vorhandene Angebotspektrum der in Betracht kommenden Produkte / Hilfsmittel informiert, die als Sachleistung ohne Mehrkosten für mich beansprucht werden können.

Im Ergebnis der Beratung habe ich mich bewusst für eine Versorgungsvariante entschieden, welche mit von mir zu tragenden Mehrkosten und gegebenenfalls höheren Folgekosten (z.B. bei Reparaturen und Wartungen) verbunden ist.

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

Anlage 4
zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG

Werbung

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung auf bestimmte Produkte.

Auf dem Markt der Gesundheitsleistungen gilt jedoch die Besonderheit, dass der eigentliche Nachfrager von Gesundheitsleistungen, der Versicherte, nur ein begrenztes Verlangen hat, die Leistung preisgünstig zu bekommen, da die Kosten von seiner Krankenkasse übernommen werden.

Eine Werbung für Gesundheitsleistungen berührt mithin weniger den eigentlichen Nachfrager der Leistungen als vielmehr die Krankenkasse. Aus dieser Sicht ist eine Werbemaßnahme dann unzulässig, wenn sie darauf gerichtet ist, Versicherte zur Inanspruchnahme von Vertragsleistungen zu veranlassen, die dem Gesundheitszustand nach nicht notwendig sind.

Die Grenzen zwischen einer zulässigen Information des Versicherten / Kunden und einer unzulässigen Werbemaßnahme sind dabei fließend. Für die Krankenkasse wird die Werbemaßnahme erst dann relevant, wenn sie über das als Information zulässige Maß hinausgeht. Als Beispiel einer unzulässigen Werbemaßnahme sind Anschreiben von Vertragspartnern an ihre „Kunden“ zu nennen, in denen sie darauf hinweisen, dass turnusmäßig ein neuer Leistungsanspruch bestehen würde oder Anzeigen in Print- oder elektronischen Medien, mit denen die Begehrlichkeit geweckt werden soll.

Auf die Leistungen der Krankenversicherung haben die Versicherten zwar einen Rechtsanspruch, Art und Umfang der Leistungen ergeben sich aber einzig und allein aus den medizinischen Erfordernissen. Diese sind im ergänzenden Recht genau definiert. Der Arzt trifft die Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Es bleibt mithin kein Raum für eine Information der Versicherten über die Leistungspflicht der Krankenkasse durch den Leistungserbringer.

Unzulässig ist die Werbung in Arztpraxen, deren Zugängen oder anderen Räumlichkeiten, wenn Versicherte dadurch beeinflusst werden sollen, sich bestimmte Artikel/Leistungen verordnen zu lassen. Ebenso die gezielte Beeinflussung des Arztes, bestimmte Artikel namentlich zu verordnen. Gleichfalls darf dadurch die freie Wahl der Versicherten unter den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden. Insbesondere sollte eine Vermischung zwischen dem gesetzlichen Leistungsanspruch des Versicherten und dem privatrechtlichen Leistungsangebot des Vertragspartners vermieden werden.

Der gezielte Hinweis an Versicherte auf vorgeschriebene sicherheits- und messtechnische Kontrollen sowie vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gelten nicht als unzulässige Werbung.

Anlage 5
zum Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen mit der DOG
Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK 19 90321)

Beitrittserklärung

(Name des Leistungserbringers)

(Straße)

(Postleitzahl und Ort)

(Institutionskennzeichen)

Hiermit erkläre/n ich/wir ab __ meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen dem BKK LV Bayern und Süd und der Deutschen Ocularistischen Gesellschaft e.V. zum 01.01.2024 geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Kunstaugen.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen liegt mir/uns vor und ich/wir lasse/n den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich/uns gelten. Als Vertragspartner erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die sich für mich/uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lasse, sofern ich/wir von einer der vertragsschließenden Parteien informiert wurden und nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unserem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 13 Abs. 5 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Der BKK LV Bayern bestätigt den Beitritt und den Vertragsbeginn schriftlich.