



Vertrag

**über die Versorgung mit Sehhilfen durch
Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V
AC/TK: 19 91 G54**

GWQ+ – ZVA

**Inkrafttreten des Vertrages: 01.09.2018
geändert zum: 01.01.2022**

Rahmenvertrag

über die Versorgung mit Sehhilfen durch
Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V
AC/TK: 19 91 G54

zwischen der

GWQ ServicePlus AG
Tersteegenstraße 28
40474 Düsseldorf

vertreten durch den Vorstand

nachfolgend **GWQ** genannt

handelnd für die in den Anlagen A54.1 aufgeführten
Krankenkassen

und dem / der

- Bayerischer Landesinnungsverband für Augenoptik und Optometrie
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung Berlin
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Brandenburg
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung Hamburg
- 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- und Optometristen-Verband
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Thüringen
- Augenoptiker- und Optometristenverband NRW

vertreten durch den

**Zentralverband der Augenoptiker und
Optometristen (ZVA)**

Alexanderstraße 25a
40210 Düsseldorf

nachfolgend **Auftragnehmer** genannt

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Ziel dieses Rahmenvertrags ist die Sicherstellung der Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln (nach § 33 Abs. 1 SGB V), die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.
- (2) Die GWQ ServicePlus AG (GWQ) schließt diesen Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V für Hilfsmittel gemäß den Anlagen A für ihre Aktionärs- und Kundenkassen (im Weiteren Krankenkassen genannt). Die in der Anlage A(54).1 aufgeführten Krankenkassen sind diesem Vertrag bereits beigetreten. Weitere Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihren Beitritt zu diesem Vertrag zu erklären.
- (3) Krankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind, haben die GWQ zum Abschluss und zur Durchführung dieses Vertrags bevollmächtigt. Dies gilt auch für die Vertragsweiterentwicklung, Nachverhandlungen und Vertragsanpassungen.

§ 2 Anwendungsbereich

- (1) Der Vertrag gilt für die Versorgung der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen bzw. die vom Auftragnehmer gewählten Versorgungsbereiche. Er gilt sowohl für die Versorgung im ambulanten bzw. häuslichen Bereich, als auch für vollstationär untergebrachte Versicherte, soweit in den Anlagen A nicht abweichend geregelt.
- (2) Die Abgabe von Hilfsmitteln aus den in den Anlagen A geregelten Produktgruppen bzw. Präqualifizierungsbereichen an Versicherte der beigetretenen Krankenkassen nach anderen Regelungen ist während der Vertragslaufzeit ausgeschlossen.

- (3) Die Präqualifizierungsbereiche, innerhalb derer ein Auftragnehmer Leistungen nach den entsprechenden Anlagen A erbringen darf, ergeben sich aus dessen Beitrittserklärung.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Auftragnehmer erfüllt gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Voraussetzungen für die ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel. Er sichert eine qualitätsgesicherte sowie wirtschaftliche Versorgung (§ 12 SGB V i. V. m. § 70 SGB V) nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu.
- (2) Die Versorgung mit Hilfsmitteln muss sämtlichen aktuellen Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnis und den Festlegungen in den Anlagen A entsprechen. Darüber hinaus gewährleistet der Auftragnehmer die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Medizinproduktegesetzes, der Verordnung über das datenbankgestützte Informationssystem über Medizinprodukte des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI-Verordnung), der Hygiene-Sterilvorschriften und des Arbeitssicherheitsgesetzes sowie aus den Empfehlungen und Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V.
- (3) Die konkreten Leistungsbeschreibungen zu Produkt, Dienst- und Serviceleistungen sowie die Vertragspreise sind den Anlagen A zu entnehmen.
- (4) Werden für Hilfsmittel Festbeträge vom GKV-Spitzenverband festgesetzt, die unter den in den Anlagen A vereinbarten Preisen liegen, so kann maximal der gültige Festbetrag gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden.
- (5) Im Rahmen der Beratungspflicht ermittelt der Auftragnehmer den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten. Bei Bedarf oder auf Wunsch des Versicherten, oder einer für seine Pflege verantwortlichen Person, finden weitere persönliche oder telefonische Beratungsgespräche statt. Die Auswahl des konkreten Hilfsmittels zur me-

dizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung obliegt - unter Beachtung der ärztlichen Verordnung - grundsätzlich dem Auftragnehmer. Sollte durch Nichtbeachtung eine Fehlversorgung erfolgen, geht diese grundsätzlich zu Lasten des Auftragnehmers.

- (6) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass der Versicherte in der Lage ist, das Hilfsmittel zu verwenden, indem er, soweit erforderlich, den Versicherten bzw. einen pflegenden Angehörigen oder eine Pflegekraft in den Gebrauch des Hilfsmittels einweist. Die Einweisung bezieht sich auf die vom Hersteller vorgegebene fachgerechte Nutzung des Hilfsmittels und des Zubehörs, die Pflege, Lagerung und Reinigung, den Zubehörwechsel sowie den Umgang mit möglichen Komplikationen, soweit dies für den Versicherten bzw. die Pflegeperson vorgesehen ist. Die Herstellervorgaben, insbesondere die Eigenschaften, der Anwendungsbereich und die fachgerechte Lagerung, sind dem Versicherten zu erläutern. Soweit die Beschaffenheit des Hilfsmittels es zulässt, sind auf dem ausgelieferten Hilfsmittel der Firmenname und die Notdienstnummer gut sichtbar und dauerhaft anzubringen.
- (7) Der Auftragnehmer sichert während der üblichen Geschäftszeiten die Auskunft und Beratung der Versicherten durch fachkompetentes Personal zu. Die Auskunft und Beratung ist neben der persönlichen Betreuung in der Geschäftsstelle auch telefonisch zu den üblichen Geschäftszeiten sicher zu stellen. Die Beratung des Versicherten hat auf Wunsch geschlechterspezifisch zu erfolgen. Sofern die Auswahl des für die Versorgung geeigneten Hilfsmittels nicht in den Geschäftsräumen des Auftragnehmers möglich ist, hat diese im Rahmen eines Hausbesuchs zu erfolgen. Liefer- oder Besuchstermine sind mit dem Versicherten, bzw. einer für dessen Pflege zuständigen Person, abzusprechen.
- (8) Die Hilfsmittelversorgung, sowie die Versorgung mit erforderlichem Zubehör, erfolgt durch den Auftragnehmer unverzüglich. Der Auftragnehmer stellt daher sicher, dass die Versorgung spätestens innerhalb von zwei Werktagen nach Eingang der Genehmigung der Krankenkasse erfolgt, sofern nicht abwei-

chend in den Anlagen A geregelt. Ist eine Genehmigung nach § 6 Abs. 1 Satz 3 nicht erforderlich, ist mit dem Versicherten innerhalb von zwei Werktagen nach Eingang der ärztlichen Verordnung Kontakt aufzunehmen. Dies gilt nicht für handwerklich gefertigte Produkte oder Produkte mit handwerklicher Zurichtung. Andere Lieferfristen können in den Anlagen A vereinbart werden.

- (9) Ist es dem Auftragnehmer nicht möglich, den Versicherten innerhalb der genannten Fristen mit dem genehmigten und/oder verordneten Hilfsmittel zu versorgen, stellt er auf Wunsch des Versicherten ein für das Krankheitsbild oder die Behinderung geeignetes Interims-Hilfsmittel zur Verfügung. Die Kosten sind mit dem Vertragspreis der endgültigen Versorgung abgegolten. Der Vertragsnehmer bleibt gleichwohl zur fristgerechten Versorgung gemäß Abs. 8 verpflichtet.

- (10) Der Auftragnehmer hat sich die Auslieferung des Hilfsmittels durch den Versicherten oder seinen Vertreter quittieren zu lassen. Der Versicherte oder sein Vertreter quittiert mit seiner Unterschrift:

- a) die Aufklärung und Beratung nach diesem Vertrag
- b) die Übergabe des Hilfsmittels
- c) die Einweisung in den Gebrauch und die Pflege des Hilfsmittels
- d) die Übergabe der Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache
- e) das Empfangsdatum

Ist der Versand eines Hilfsmittels gemäß der jeweiligen Anlage A möglich und erfolgt dieser über ein Versandunternehmen, so wird als Empfangsbestätigung auch der Lieferschein oder die Empfangsbescheinigung akzeptiert.

- (11) Erlangt der Auftragnehmer Kenntnis über den Wegfall der Notwendigkeit der Versorgung, so hat er dies der Krankenkasse des betroffenen Versicherten mitzuteilen, soweit er diese Kenntnis nicht direkt von der Krankenkasse erlangte. Ebenso ist die Krankenkasse über die Rückholung eines Hilfsmittels unverzüglich zu informieren.

- (12) Der Einsatz der Produkte ist grundsätzlich herstellernunabhängig. Hersteller können Eigenmarken einsetzen, wenn die Versorgung wirtschaftlich und die ärztlich vorgesehene Therapie gesichert ist.

§ 4 Eignungsvoraussetzungen

- (1) Für die Sicherstellung der Versorgung hält der Auftragnehmer ausreichende Räumlichkeiten und qualifiziertes Personal zur Vorführung und Erprobung sowie zur ordnungsgemäßen Lagerung der Hilfsmittel, Ersatz- und Zubehörteile vor. Es gelten die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Zusätzlich gelten die Festlegungen des Handwerksrechts (Handwerksordnung), soweit sie für Hilfsmittel nach diesem Vertrag zutreffen. Der aktuelle Präqualifizierungsnachweis ist der GWQ bei Beitritt zu den jeweiligen Anlagen A vorzulegen.

- (2) Jede Betriebsstätte wird durch einen fachlichen Leiter entsprechend der Eignungskriterien gemäß § 126 Abs. 1a SGB V geleitet. Zusätzlich gelten die Festlegungen des Handwerksrechts (Handwerksordnung). Die Meisterpräsenz/fachliche Leitung entsprechend dem Handwerksrecht/ den Präqualifizierungskriterien ist während der Geschäftszeiten grundsätzlich einzuhalten.

- (3) Der Auftragnehmer setzt zur Versorgung der Versicherten ausschließlich fachlich qualifiziertes Personal ein. Er sorgt dafür, dass die Mitarbeiter, die im Rahmen der vertraglich geregelten Produktgruppen zur hilfsmittelbezogenen Beratung und Versorgung eingesetzt werden, an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen. Schwerpunkte sind dabei insbesondere die fachspezifische medizinische Fortbildung sowie die Kenntnis der Produkte in Handhabung und Funktionsweise. Detaillierte Anforderungen an die fachliche Eignung sind den Anlagen A zu entnehmen.

- (4) Die hier genannten Eignungsvoraussetzungen sind vom Auftragnehmer während der gesamten Laufzeit des Vertrags aufrecht zu erhalten. Nachweise über die Teilnahme an den oben aufgeführten Aus- und Fortbildungen sind der GWQ oder der Krankenkasse auf Verlangen vorzulegen. Der Wegfall einzelner Voraussetzungen oder Änderungen hinsichtlich der Eignungsanforderungen ist innerhalb von 14 Tagen nach Auftreten schriftlich anzuzeigen.
- (5) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass die Eignungsvoraussetzungen auch von externen Personen erfüllt werden, soweit er diese zur Leistungserbringung einsetzt.

§ 5 Aufzahlungsfreie Versorgung

- (1) Der Auftragnehmer stellt sicher, dass eine Versorgung mit dem vertragsärztlich verordneten Hilfsmittel ohne wirtschaftliche Aufzahlung für den Versicherten möglich ist. Leistungen nach dieser Vereinbarung dürfen vom Auftragnehmer nicht abgewertet werden. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, dürfen diese das Therapieziel nicht gefährden. Die Mehr- und Folgekosten, die über den Rahmen der aufzahlungsfreien Versorgung hinausgehen, sind vom Versicherten zu tragen (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V). In diesem Fall hat der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer eine schriftliche Mehrkostenerklärung im Sinne der Anlage A54.2 zu diesem Vertrag abzugeben. Die Versichertenerklärung ist ab dem Tag der Leistungserbringung 12 Monate lang durch den Auftragnehmer zu archivieren und auf Verlangen des Kostenträgers innerhalb von drei Arbeitstagen elektronisch zu übermitteln.
- (2) Die Mehrkosten sind vom Auftragnehmer einzuziehen.

§ 6 Hilfsmittelverordnung

- (1) Hilfsmittel dürfen zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden, wenn sie vertragsärztlich verordnet wurden. Zudem bedarf die Hilfsmittelabgabe der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Ausnahmen von der Notwendigkeit einer Verordnung oder Genehmigung sind den Anlagen A zu entnehmen.

- (2) Die Hilfsmittelverordnung soll der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1 Satz 1, 2 Nr. 6 SGB V), in der jeweils gültigen Fassung, entsprechen. Insbesondere ist der Verordnung die Diagnose und bei Dauerverordnungen der Versorgungszeitraum zu entnehmen. Änderungen sind vom verordnenden Vertragsarzt auf der Verordnung zu dokumentieren (Unterschrift, Datum). Handschriftliche Veränderungen ohne die geforderte Dokumentation darf der Auftragnehmer nicht ausführen.
- (3) Der Auftragnehmer hält Rücksprache mit dem Vertragsarzt, wenn die Hilfsmittelverordnung nicht eindeutig ist oder sonstige Gründe der Versorgung entgegenstehen. Vor Abklärung der geeigneten Versorgung darf mit der Hilfsmittelversorgung nicht begonnen werden.

§ 7 Kostenvoranschlag

- (1) Ein Kostenvoranschlag ist für jede Versorgung nach diesem Vertrag vorzulegen, soweit diese nicht nach den Bestimmungen der Anlagen A genehmigungsfrei ist. Der Kostenvoranschlag muss mindestens folgende Angaben enthalten:
- a) Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer (KV-Nummer) des Versicherten
 - b) Arztdaten aus der vertragsärztlichen Hilfsmittelverordnung
 - c) Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse und IK des Auftragnehmers bzw. der abgebenden Betriebsstätte
 - d) Bezeichnung des Hilfsmittels, Menge/Monatsbedarf, Zeitraum bei Verbrauchsmaterialien/ Pauschalen
 - e) Leistungserbringergruppenschlüssel
 - f) Leistungskennzeichen (LKZ) gem. Anlage A § 8
 - g) 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer nach dem Hilfsmittelverzeichnis bzw. die vertraglich vereinbarte Positionsnummer soweit möglich
 - h) Produktbesonderheit, sofern vertraglich geregelt
 - i) Nettopreis
 - j) Umsatzsteuer
 - k) Bruttopreis
 - l) Höhe der Zuzahlung (sofern zuzahlungspflichtig)
 - m) gegebenenfalls Höhe der Aufzahlung

- n) Höhe des Eigenanteils
 - o) gegebenenfalls Materialaufwand, Arbeitszeiten und Stundensätze und deren Erläuterungen
 - p) bei Instandsetzungen/Reparaturen die Hilfsmittelkennzeichnung gemäß der jeweiligen Anlage A
- (2) Der Kostenvoranschlag ist in elektronischer Form einzureichen, soweit dies von der Krankenkasse unterstützt wird (Vertragsanlage A54.1). Die Entscheidung über die Art des Zugangs (z. B. Web-Client oder Schnittstelle aus der Branchensoftware) trifft der Auftragnehmer.
- (3) Die Kosten für die Nutzung der elektronischen Plattform sind vom Auftragnehmer und der jeweiligen Krankenkasse in Abhängigkeit der jeweiligen Verträge mit den Softwareanbietern zu tragen.
- (4) Die vertragsärztliche Verordnung ist elektronisch (z. B. PDF- oder TIFF-Format) bzw. in Kopie beizufügen. Die Originalunterlagen verbleiben beim Auftragnehmer.
- (5) Die Krankenkassen behalten sich vor, bei unvollständigen oder fehlerhaften Kostenvoranschlägen oder Versorgungsanzeigen die Genehmigung bzw. die Vergütung zu verweigern.
- (6) Für Hilfsmittel, die in den Anlagen A als genehmigungsfrei gekennzeichnet sind, ist die Erstellung eines Kostenvoranschlages nicht erforderlich. Der Auftragnehmer sichert zu, dass die Versorgung der als genehmigungsfrei gekennzeichneten Hilfsmittel gemäß den vertraglichen Vereinbarungen erfolgt.
- (7) Den Kostenträgern bleibt es vorbehalten, die eingereichten Unterlagen zu prüfen oder prüfen zu lassen.
- ronischen Datenübertragung. Erfolgt die Abrechnung nicht in elektronischer Form, so behält sich die Krankenkasse eine Kürzung des Rechnungsbetrags nach § 303 Abs. 3 SGB V vor.
- (2) Jede Betriebsstätte verfügt über ein gültiges Institutionskennzeichen (IK), welches bei der Abrechnung verwendet wird. Verfügt ein Auftragnehmer über mehrere Betriebsstätten, kann er seine Abrechnung für diese zentral vornehmen, er hat dann jedoch die IK-Nummer der jeweils abgebenden Betriebsstätte anzugeben. Änderungen (Name, Bankverbindung, etc.) sind ausschließlich der ARGE-IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen unverzüglich mitzuteilen. Verbindlich für die Abrechnung sind nur die bei der ARGE-IK gespeicherten Daten. Andere Bankverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (3) Der Auftragnehmer zieht entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlungen ein. Dem Versicherten ist über die geleisteten Zuzahlungen eine Quittung auszustellen.
- (4) Die Abrechnung muss, soweit § 302 SGB V nichts Abweichendes vorsieht, mindestens folgende Angaben enthalten:
- a) Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse
 - b) Leistungserbringerdaten und IK der (abgebenden) Betriebsstätte
 - c) Angaben zum Versicherten: Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Versichertenstatus
 - d) Urbelege (Verordnung, Kostenvoranschlag, Empfangsbestätigung, Genehmigung oder Genehmigungsnummer, wenn der eKV verwendet wird und die jeweilige Krankenkasse ihrem Abrechnungsdienstleister die Genehmigungsdaten zur Verfügung stellt sowie weitere Belege je nach Erfordernis gemäß den Anlagen A, z.B. Nachweis der Compliance)
 - e) Leistungserbringer-Gruppenschlüssel (siehe jeweilige Anlage A)
 - f) Art der Leistung, Anzahl/Menge der Leistung, 10-stellige Abrechnungspositionsnummer, Produktbesonderheiten
 - g) Datum der Leistungserbringung

§ 8 Rechnungslegung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung erfolgt über die von den Krankenkassen in der Anlage A54.1 benannten Abrechnungsstellen im Wege der elekt-

- h) Vergütungszeitraum
 - i) Einzelbetrag, Gesamtsumme netto, Gesamtsumme brutto, Umsatzsteuersatz
 - j) Kennzeichnung: „Gebühr Pfl.“, „Gebühr frei“, „Sonstige“, „Unfall“, „Arbeitsunfall“, „BVG“, „Hilfsmittel“, „Begr.-Pflicht“
 - k) Rechnungs- und Belegnummer
 - l) Existiert für ein abgegebenes Produkt noch keine Einzelaufstellung im Hilfsmittelverzeichnis, muss die Angabe nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 302 Absatz 2 SGB V erfolgen oder entsprechend der Pseudonummer laut den Anlagen A zu diesem Vertrag
 - m) Einzelbetrag der Leistung
 - n) Gesamtsumme netto und brutto
 - o) Leistungskennzeichen (LKZ) gem. Anlage A § 8
 - p) Bei Abrechnung von Dauerverordnungen: Angabe des Versorgungszeitraums mit Von- und Bis- Datum
 - q) Von den Kostenträgern vergebenes Genehmigungskennzeichen
- (5) Die Abrechnung und die Belege sind an die jeweilige Annahmestelle der Krankenkassen zu übermitteln. Auf das Nachreichen von Unterlagen in Papierform wird verzichtet, wenn zwischen dem Auftragnehmer, der Krankenkasse und dem Abrechnungszentrum die Voraussetzungen des Imageverfahrens nach Anlage 4 der Richtlinie über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V vereinbart wurden.
- (6) Abrechnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, werden zurückgewiesen. In diesem Fall werden die Unterlagen vollständig an den Auftragnehmer zurückgegeben. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Auftragnehmer oder der in seinem Namen beauftragten Abrechnungsstelle. Die Krankenkassen übernehmen keine nachträgliche Zahlung von Differenzbeträgen, wenn diese aus fehlerhaften Angaben des Auftragnehmers in Kostenvorschlägen oder Rechnungen resultieren.
- (7) Erbrachte Leistungen sollen zeitnah, möglichst nicht später als 12 Monate nach dem Zeitpunkt der Auslieferung, der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden.

- (8) Die Rechnungslegung erfolgt in Form einer Sammelrechnung einmal monatlich. Die Krankenkassen oder die für diesen Zweck beauftragten Dienstleister begleichen die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungseingang.
- (9) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit. Rückforderungsansprüche der Krankenkassen bleiben unberührt.

§ 9 Versorgungskontrolle durch die Krankenkasse

Den Krankenkassen steht es frei, Hilfsmittellieferungen nach diesem Vertrag in der ihnen geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Wird im Rahmen der Versorgungskontrolle festgestellt, dass die durchgeführte Versorgung un zweckmäßig erfolgte, ist der Versicherte neu zu versorgen, wenn der Auftragnehmer die Fehlversorgung erkannt hat oder hätte erkennen können. Die Kosten gehen zu Lasten des Auftragnehmers.

§ 10 Pflicht zur Förderung des Vertragszwecks

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, den Vertragszweck nach Kräften zu fördern und alle Handlungen zu unterlassen, die dem Vertragsverhältnis zuwiderlaufen. Insbesondere verpflichten sich die Vertragsparteien, in der Öffentlichkeit oder gegenüber Versicherten keine nachteiligen Äußerungen über diesen Vertrag oder die Vertragsparteien zu tätigen. Der Auftragnehmer verpflichtet sich, gegenüber den Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen keine Werbung für andere Krankenkassen zu machen und auf diese nicht mit dem Ziel eines Wechsels der Krankenkasse einzuwirken. Er verpflichtet sich ferner, die Versicherten im Falle der Beendigung oder des Ruhens dieses Vertrags nicht zu kontaktieren, soweit dies nicht aufgrund einer noch laufenden Versorgung oder der Beendigung einer Versorgung erforderlich ist. Die Wahrnehmung berechtigter Interessen bleibt zulässig.

- (2) Werbemaßnahmen des Auftragnehmers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen. Es ist unzulässig, Ärzte oder Versicherte zur Stellung von Anträgen auf Bewilligung eines Hilfsmittels oder dessen Instandsetzung aufzufordern oder in einer anderen personenbezogenen Weise zu werben. Ferner ist es unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung zu Wartungen oder anderen Dienstleistungen aufzusuchen oder sie in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Der Hinweis auf Wartungspflichten, sicherheitstechnische Kontrollen nach Herstellerangaben und weitere Pflichten im Rahmen des MPG und der ISO-/TÜV-Zertifizierungen bleibt davon unberührt.
- (3) Es gelten die von der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem BVMed - Bundesverband Medizintechnologie e.V. im Kodex „Medizinprodukte“ verankerten Verhaltensregeln in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die Auswahl des geeigneten Hilfsmittels hat sich ausschließlich an der Versorgungsnotwendigkeit des Versicherten auszurichten. Eine Kooperation zwischen dem Auftragnehmer und Vertragsärzten mit dem Ziel, eine Leistungsausweitung der Verordnung, bzw. die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln zu erwirken, oder die freie Wahl der Versicherten unter den versorgungsberechtigten Leistungserbringern zu beeinflussen, ist nicht zulässig.
- (5) Es gilt § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sowie die dazu ergangenen Richtlinien.

§ 11 Haftung / Gewährleistung

- (1) Der Auftragnehmer haftet für sich und seine Mitarbeiter nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Es gelten die gesetzlichen Gewährleistungsrechte. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit dem Tag der endgültigen Auslieferung und Annahme des Hilfsmittels durch den Versicherten bzw. eine durch ihn bevollmächtigte Person. Die Haftung des Herstellers nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt.

- (3) Der Auftragnehmer ist verpflichtet, eine Betriebshaftpflichtversicherung in angemessener Höhe für die Laufzeit des Vertrags aufrecht zu erhalten. Angemessen ist eine Betriebshaftpflicht mit einer Abdeckung je Versicherungsfall in Höhe von mindestens
- 2.000.000 € für Personen oder Sachschäden
 - 100.000 € für Vermögensschäden
- Auf Verlangen ist der GWQ ein entsprechender Versicherungsnachweis unverzüglich vorzulegen.

§ 12 Vertragslaufzeit, Vertragsbeitritte

- (1) Der Vertrag wird durch Unterzeichnung der Beitrittserklärung geschlossen. Er tritt mit dem Ersten des Folgemonats in Kraft, sofern die unterzeichnete Beitrittserklärung spätestens 14 Tage vorher bei der GWQ eingegangen ist und soweit nicht ein späterer Zeitpunkt vereinbart wird. Der Beitritt bezieht sich auf alle in der Beitrittserklärung bezeichneten Anlagen A.
- (2) Handelt es sich bei dem Auftragnehmer um einen Leistungserbringerzusammenschluss (z. B. Verband) so kann die Versorgung durch die Mitglieder durchgeführt werden, soweit diese die in diesem Vertrag und der jeweiligen Anlage A aufgeführten Voraussetzungen erfüllen. Der GWQ ist von dem Leistungserbringerzusammenschluss eine Liste seiner beigetretenen Mitglieder zur Verfügung zu stellen. Diese Liste ist im Rahmen des von der GWQ vorgegeben Formats in elektronischer Form (z. B. Excel) zu übermitteln. Sie ist monatlich zu aktualisieren, sofern sich Änderungen ergeben haben.
- (3) Die GWQ hat das Recht, der Teilnahme einzelner Leistungserbringer an diesem Vertrag in begründeten Fällen zu widersprechen. Ein begründeter Fall liegt insbesondere dann vor, wenn der Leistungserbringer bereits zuvor Vertragspartner war und der Vertrag aufgrund eines in § 14 Abs. 2 aufgelisteten wichtigen Grundes gekündigt wurde. Dem Leistungserbringer kann die Teilnahme erneut gestattet werden, wenn er gegenüber der GWQ nachgewiesen hat, dass er in Zukunft seine Leistungen zuverlässig erbringen wird. Lag ein schwerwiegender oder wiederholter Verstoß nach § 128 Abs. 1 oder 2 SGB V vor, so ist ein Beitritt frühestens nach Ablauf von zwei Jahren möglich.

- (4) Krankenkassen haben die Möglichkeit, über die GWQ den Beitritt zu diesem Vertrag zu erklären. Der Beitritt entfaltet seine Wirksamkeit mit der Unterzeichnung der Beitrittserklärung oder zu dem von der Krankenkasse bestimmten Beitrittszeitpunkt. Die Leistungserbringer werden nach Eingang der Beitrittserklärung durch die GWQ per E-Mail über weitere Krankenkassenbeitritte informiert.
- (5) Dieser Vertrag besteht fort, wenn über bestimmte, in dessen Anlagen geregelte Produkte ein Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V geschlossen wird. Die aufgrund dieses Vertrags nach § 127 Abs. 2 SGB V beruhende Lieferberechtigung des Auftragnehmers entfällt jedoch für den Zeitraum und die Krankenkassen, für die dem Zuschlagsempfänger aufgrund des Vertrags nach § 127 Abs. 1 SGB V eine Lieferberechtigung eingeräumt wurde. Der Auftragnehmer wird über entsprechende Sachverhalte von der GWQ in der Regel zwei Monate vor Beginn des Ruhens der Leistungspflicht i. S. d. vorstehenden Satzes 2 in Kenntnis gesetzt.
- (6) Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf, sobald eine der Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr in dem erforderlichen Umfang erfüllt ist. Die GWQ ist über den Wegfall der Erfüllung vertraglicher Voraussetzungen unverzüglich zu informieren.
- (3) Die GWQ hat das einseitige Recht eine Anpassung einzelner Vertragsinhalte vorzunehmen. Die GWQ wird den Auftragnehmer drei Monate vor Inkrafttreten über die Anpassung informieren. Die Anpassung wird zu dem nächsten Zeitpunkt wirksam, zu dem der Vertrag entsprechend der Regelung in Anlage A von der GWQ hätte ordentlich gekündigt werden können. Der Auftragnehmer kann im Falle der Vertragsanpassung den Vertrag ordentlich zum nächstmöglichen, in Anlage A genannten Zeitpunkt, kündigen.
- (4) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass Kündigungen von Krankenkassen durch die GWQ durchgeführt werden können. In diesen Fällen verfügt die GWQ über eine schriftliche Erklärung der Krankenkasse, die auf Verlangen des Leistungserbringers nach Erhalt der Kündigung vorgelegt wird. Die nachträgliche Vorlage der Erklärung berührt nicht die Wirksamkeit der Kündigung.
- (5) Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass Kündigungen von Leistungserbringern, die über einen Leistungserbringerzusammenschluss beigetreten sind, durch deren Leistungserbringerzusammenschluss durchgeführt werden können. In diesen Fällen verfügt der Leistungserbringerzusammenschluss über eine schriftliche Erklärung des Leistungserbringers, die auf Verlangen der GWQ nach Erhalt der Kündigung vorgelegt wird. Die nachträgliche Vorlage der Erklärung berührt nicht die Wirksamkeit der Kündigung.

§ 13 Kündigung des Vertrags

- (1) Die Anlagen A können entsprechend den in den Anlagen A aufgeführten Fristen gekündigt werden. Die vorgesehenen Mindestvertragslaufzeiten sind zu berücksichtigen. Soweit keine Anlagen A zwischen dem Auftragnehmer und der GWQ mehr bestehen, gilt auch der Rahmenvertrag als gekündigt.
- (2) Endet dieser Vertrag, so ist der Auftragnehmer verpflichtet, eine bereits begonnene Versorgung der Versicherten bis zum Ablauf des jeweiligen Versorgungszeitraums nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrags fortzuführen.

- (6) Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

§ 14 Außerordentliche Kündigung

- (1) Die Vertragsparteien haben das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund. Die außerordentliche Kündigung kann auch gegenüber einem einzelnen Mitglied eines Leistungserbringerzusammenschlusses ausgesprochen werden.
- (2) Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn insbesondere gesetzliche, gerichtliche oder aufsichtsbehördliche Maßnahmen dieser Vereinbarung die rechtliche oder tatsächliche Grundlage ganz oder teilweise entziehen. Weiterhin ist ein wichtiger Grund gege-

ben, wenn gegen wesentliche Vertragspflichten verstoßen wird. Ein Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten liegt insbesondere vor, wenn

- a) die vom Auftragnehmer gelieferten Hilfsmittel nicht den für sie geltenden Qualitätsbestimmungen genügen
- b) das vom Auftragnehmer eingesetzte Personal nicht die in § 4 oder in den Anlagen A festgelegten Anforderungen erfüllt
- c) der Auftragnehmer die vereinbarten Lieferfristen aufgrund fahrlässigen oder schuldhaften Verhaltens nicht einhält
- d) Leistungen vorsätzlich oder wiederholt falsch abgerechnet werden
- e) Versicherte entgegen § 5 über eine mehrkostenpflichtige Versorgung nicht oder fehlerhaft aufgeklärt werden
- f) bezogen auf die beim Vertragsschluss zugesicherte Eignung des Auftragnehmers fehlerhafte Angaben gemacht werden
- g) der Auftragnehmer bezogen auf eine in den Anlagen A vereinbarte Rückvergütungsregelung falsche Angaben zu seinen Umsätzen macht oder die Auszahlung des Rabattbetrags schuldhaft verzögert
- h) der Auftragnehmer gesetzliche Datenschutzbestimmungen verletzt
- i) der Auftragnehmer gegen die Bestimmungen des § 128 Abs. 1 und 2 SGB V verstößt
- j) über das Vermögen des Auftragnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt wird. Es besteht die Verpflichtung im Fall der Einleitung eines Insolvenzverfahrens oder Ablehnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse dies unverzüglich gegenüber der GWQ anzuzeigen

Eine außerordentliche Kündigung setzt in den Fällen der § 14 Abs. 1 Satz 3 lit. a) bis e) eine Verwarnung nach § 15 Abs. 1 lit. a) aufgrund einer gleichartigen Vertragsverletzung oder mindestens drei

Verwarnungen nach § 15 Abs. 1 lit. a) aufgrund verschiedener Vertragsverletzungen voraus. Die vorgenannten Verwarnungen müssen in den sechs Monaten vor der Kündigungserklärung ausgesprochen worden sein.

- (3) Die Kündigung aus wichtigem Grund muss spätestens einen Monat nach Kenntnis des Kündigungsgrundes erklärt werden. Maßgeblich für die Rechtzeitigkeit ist der Zugang der Kündigungserklärung bei der jeweils anderen Vertragspartei.

§ 15 Vertragsverstöße

- (1) Verletzt der Auftragnehmer Vertragspflichten, so kann die GWQ oder die betroffene Krankenkasse folgende Maßnahmen ergreifen:
 - a) Eine Verwarnung aussprechen.
 - b) Bei erneutem Verstoß des Auftragnehmers nach erfolgter Verwarnung gegen eine sonstige Vertragspflicht oder Verstoß gegen eine wesentliche Vertragsverletzung nach § 14 Abs. 2 verurteilt der Auftragnehmer eine Vertragsstrafe in angemessener Höhe bis zu 50.000 € bzw. 2.500 € je Einzelfall; maximal jedoch 5 % der Auftragssumme. In minderschweren Fällen wird für jeden Fall der Pflichtverletzung eine Vertragsstrafe in Höhe von 200 € als angemessen angesehen.
 - c) Den Vertrag solange ruhend stellen, bis der Auftragnehmer nachweislich sichergestellt hat, dass es zukünftig nicht zu erneuten Vertragsverletzungen kommen wird.

Der GWQ und den Krankenkassen steht bei der Auswahl der jeweiligen Maßnahme ein Ermessen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls zu.

- (2) Wird die rechtzeitige Versorgung eines Versicherten aufgrund eines Fehlverhaltens des Auftragnehmers, insbesondere aufgrund der Verzögerung der vereinbarten Lieferfristen, gefährdet, so ist die Krankenkasse berechtigt, die Versorgung des Versicherten auf einen Dritten zu übertragen. Dadurch entstehende Mehrkosten sind vom Auftragnehmer zu tragen.

§ 16 Datenschutz

- (1) Der Auftragnehmer verpflichtet sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der anwendbaren rechtlichen Bestimmungen zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder zu nutzen. Insbesondere sind die Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes, der Landesdatenschutzgesetze sowie der Sozialgesetzbücher zu beachten. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke und im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden.
- (2) Der Auftragnehmer hat seine Mitarbeiter sowie Dritte (z. B. Unterauftragnehmer), die er in die Vertragserfüllung einbindet, in der in Abs. 1 beschriebenen Weise zu verpflichten. Er trifft alle hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen.

§ 17 Gerichtsstandsvereinbarung

Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesem Vertrag ist Düsseldorf.

§ 18 Vertragsänderung, Schriftform

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform. Einzelabsprachen oder Nebenabreden zwischen den Vertragspartnern sind nichtig, soweit sie in diesem Vertrag nicht ausdrücklich vorgesehen sind.
- (2) Die Anlagen und Anhänge zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrags.

§ 19 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart grundlegend, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Vertragsparteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.
- (2) Ergibt sich die Notwendigkeit von Änderungen aufgrund einer gesetzlich vorgesehenen Vereinbarung, verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich eine Anpassung oder Klarstellung herbeizuführen.

Dezember 2021

gez. Oliver Harks
GWQ ServicePlus AG

gez. Dorothee Bitters
GWQ ServicePlus AG

gez. Thomas Truckenbrod
Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

gez. Dr. Jan Wetzel
Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

Anlagenübersicht

Anlage A54 zum GWQ Rahmenvertrag

Hilfsmittel - (Sehhilfen)

- Anlage A54.1 Teilnehmende Krankenkassen
(Nutzung eKV)
- Anlage A54.2 Dokumentation über die Beratung /
Mehrkostenerklärung des Versicherten
- Anlage A54.3 Beitritts- und Anerkenntniserklärung
- Anlage A54.4 Berechtigungsschein
- Anlage A54.5 Preisliste

Produktuntergruppe 25 des

Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139

SGB V

Fassung 2.0 - Anlage vom 01.01.2022

Diese Anlage gilt ausschließlich in Verbindung mit der jeweiligen Version des GWQ Rahmenvertrags Hilfsmittel.

Die Abrechnung erfolgt über den Leistungserbringer-Gruppenschlüssel 19 91 G54.

§ 1 Gegenstand der Anlage

- (1) Gegenstand dieser Anlage ist die aufzahlungs-freie Versorgung von Versicherten der dieser Anlage beigetretenen Kostenträger mit Brillengläsern einschließlich Schieltherapeutika, Kontaktlinsen und vergrößernden Sehhilfen. (Produktgruppe 25) einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen. Die Vergütung wird in § 7 und § 8 näher definiert.
- (2) Die Anlage A54 ersetzt für die beigetretenen Vertragspartner die Rahmenverträge der BKK-Landesverbände und/oder Arbeitsgemeinschaften nach § 127 Abs. 1 SGB V (alt) und die Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V (alt), soweit Hilfsmittelversorgungen nach diesen Verträgen erfolgen.

§ 2 Leistungserbringung

- (1) Der Auftragnehmer ermittelt zu Beginn jeder erstmaligen Versorgung und bei einer Änderung der ärztlichen Diagnose den individuellen Versorgungsbedarf des Versicherten. Hierzu ist zwingend ein Beratungs- und Informationsgespräch durchzuführen. Die Beratungsgespräche sind zu dokumentieren sowie vom Versicherten bzw. seinem Vertreter zu unterschreiben und auf Verlangen dem Kostenträger vorzulegen.
- (2) Bei Verdacht auf eine relevante Erkrankung verweist der Leistungserbringer den Versicherten zur weiteren Klärung an einen Augenarzt.

- (3) Es erfolgt keine Risikoselektion durch den Auftragnehmer. Der Auftragnehmer kann eine Versorgung auf Grundlage dieses Vertrags nur mit Zustimmung des Kostenträgers ablehnen. Dies gilt auch für Versorgungen, die dem Auftragnehmer vom Kostenträger zugewiesen werden. Kommt der Auftragnehmer dieser vertraglichen Versorgungsverpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist der Kostenträger berechtigt, einen anderen Auftragnehmer mit der Versorgung des Versicherten zu beauftragen. In diesem Fall hat der untätig gebliebene oder nicht rechtzeitig tätig gewordene Auftragnehmer die entstehenden Mehrkosten dieser Ersatzversorgung zu tragen.
- (4) Im Rahmen der Versorgung zu den in § 8 aufgeführten Preisen gewährleistet der Leistungserbringer auch alle erforderlichen Dienstleistungen (z. B. Brillenglasbestimmung, Auswahl, Beratung, Anfertigung, Bearbeitung/ Einschleifen der Gläser in das Brillengestell, Anpassung und Abgabe und Kontrolle von Sehhilfen sowie die erforderliche Einweisung des Versicherten in den Gebrauch und die Pflege der Sehhilfen etc.).
- (5) 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 (ohne Abrechnung der Position 25.99.99.0001 Brillenglasbestimmung und kostenfrei für Versicherte ohne Mehrleistungswunsch nach § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V) prüfen. 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 (Anlage A54.4) bei der Krankenkasse ein, aus dem sich die Werte der tatsächlichen gelieferten Sehhilfe ergeben. Wenn die vom Augenoptiker ermittelten Werte die gesetzlich geforderten Mindestdioptriewerte unterschreiten, kann keine Lieferung zu Lasten der Krankenkasse erfolgen.
- (6) Die Gewährleistungsfrist beginnt mit der Entgegennahme des Hilfsmittels durch den Versicherten.

§ 3 Fachliche Anforderungen

- (1) Der Auftragnehmer setzt ausschließlich fachlich qualifizierte Mitarbeiter bzw. externe Personen ein, welche über die für die Abgabe von Sehhilfen erforderlichen Kenntnisse verfügen
- (2) Die Landesinnungsverbände/Landesinnungen/Augenoptikerinnungen stellen der GWQ monatlich eine Liste der Vertragsbeitritte von Innungsgliedern und ihnen bekannt gewordene Änderungen (z.B. Betriebsschließung, Adressänderungen) in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 4 Dokumentation, Qualitätssicherung und Statistik

Das Formular zur Dokumentation der Beratung und die Mehrkostenerklärung des Versicherten (Anlage 54.2) ist gem. § 8 Abs. 5 zu verwenden und der Krankenkasse auf Verlangen zu übermitteln.

§ 5 Ort der Versorgung

Die Versorgung erfolgt in der Niederlassung des versorgenden Augenoptikers.

§ 6 Genehmigungsvoraussetzungen

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur auf der Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer optometrischen Messung eines Augenoptikers (Berechtigungsschein Anlage A54.4) 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 nach Vollendung des 14. Lebensjahres durchgeführt werden, soweit
 - aa. keine erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist (z. B. weil aufgrund einer auffälligen Veränderung der Sehschärfe die Gefahr einer Erkrankung des Auges besteht) oder

- ab. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund der Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen keine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 vorliegt.
- b. Ersatzbeschaffungen von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe bei Verlust oder Bruch innerhalb von 3 Monaten nach einer Verordnung durchgeführt werden.

- (2) Auf die vorherige Genehmigung von verordneten oder über Berechtigungsschein abzugebende Sehhilfen, für die ein Vertragspreis vereinbart ist wird verzichtet.

§ 7 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertragskonform erbrachten Leistungen erfolgt entsprechend der Anlage A54.5 (Preisliste). Hierzu zählen auch sämtliche erforderliche Dienst- und Serviceleistungen, wie z. B. Beratung, Betreuung, Anpassung, das Einschleifen der Gläser in die Brillenfassung, Nachbetreuung und Kontrolle.
- (2) Der Abrechnung ist die ärztliche Verordnung oder der Berechtigungsschein – jeweils mit Empfangsbestätigung des Versicherten – sowie ggf. der genehmigte Kostenvoranschlag, jeweils im Original, beizufügen.
- (3) In Abweichung zu § 7 Abs. 1 o) des Rahmenvertrages wird vereinbart, dass lediglich die Beträge für den Arbeits- bzw. Materialaufwand getrennt aufgeführt werden. Die explizite Nennung des Stundensatzes ist nicht erforderlich.
- (4) Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen soll grundsätzlich auf elektronischem Wege (elektronischer Kostenvoranschlag) erfolgen. Die elektronische Übermittlung ist nach den Rahmenempfehlungen gemäß § 127 Abs. 9 SGB V spätestens zum 01.02.2023 verpflichtend.

§ 8 Vertragspreise

- (1) Der Auftragnehmer liefert die Sehhilfen zu den in der Anlage A54.5 aufgeführten Preisen.
- (2) Für Sehhilfen, die nicht in der Preisliste (Anlage A54.5) mit einem Vertragspreis versehen sind, ist ein Kostenvoranschlag zu erstellen. Auf dem Kostenvoranschlag sind die bundeseinheitlichen Hilfsmittelpositionsnummern und das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers anzugeben.
- (3) Dem Versicherten ist bei der Versorgung mit Sehhilfen eine für den konkreten Einzelfall geeignete aufzahlungsfreie Versorgung anzubieten.
- (4) 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 ist in Summe in der Mehrkostenerklärung (Anlage A54.2) aufzuführen und durch den Versicherten schriftlich zu bestätigen. Die Anlage A54.2 bewahrt der Leistungserbringer auf und stellt sie der leistungspflichtigen Krankenkasse auf Anforderung zur Verfügung.

- (5) Von den Abrechnungspreisen ist die gesetzliche Zuzahlung des Versicherten abzuziehen.

§ 9 - NICHT BESETZT -

§ 10 Vertragslaufzeit / Kündigung

- (1) Diese Anlage ist mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende kündbar.
- (2) Die Kündigung eines Verbandsmitglieds oder einer Krankenkasse führt nur zum Austritt dieser Partei.
- (3) Sofern der GKV-Spitzenverband Änderungen an der Produktgruppe 25 „Sehhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses 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 von § 6 Abs. 1 dieses Vertrags 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.

Dezember 2021

gez. Oliver Harks

GWQ ServicePlus AG

gez. Dorothee Bitters

GWQ ServicePlus AG

gez. Thomas Truckenbrod

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

gez. Dr. Jan Wetzel

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

Anlage 54.2 Mehrkostenerklärung

zum Versorgungsvertrag **GWQ+/ZVA** über die Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 127 Abs. 1 SGBV in der Fassung vom 01.01.2022

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Augenoptiker-IK	VK gültig bis	Datum

Dokumentation über die Beratung/ Merkostenerklärung des Versicherten

Name, Adresse, IK Leistungserbringer

Ich wurde über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten mit Sehhilfen informiert und beraten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

☐ **Ich habe mich für eine aufzahlungspflichtige Versorgung entschieden und bin bereit die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.**

Die von mir persönlich zu tragende Aufzahlung ist insbesondere bestimmt durch:

Bitte die mehrkostenauslösenden Wunschleistungen ankreuzen bzw. erläutern.

Die Brillenfassung ist keine Leistung der GKV, daher sind hierzu keine Angaben nötig.

Brillengläser

- ☐ Entspiegelung
- ☐ Oberflächenhärtung
- ☐ höherwertiges Material
- ☐ Tönung (Filter/Phototrop)
- ☐ höherwertiges Glasdesign

Kontaktlinsen

- ☐ Multifokallinsen
- ☐ farbige Ausführung
- ☐ mit Filter
- ☐ Maßanfertigung auf Kundenwunsch

vergrößernde Sehhilfe

Optische Systeme

- ☐ Weitwinkel/größeres Blickfeld
- ☐ Multifunktionale Beleuchtung
- ☐ Standlupe mit Akku-Betrieb

elektronische Systeme

- ☐ Neigbares Display

☐ Sonstiges: _____

Die Summe der Mehrkosten beträgt: _____ €

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Beitritts- und Anerkennniserklärung

zum GWQ+ Vertrag

Leistungserbringer/in

Name

Str. Nr.

PLZ, Ort

IK

Telefon

Telefax

E-Mail

Mitglied in Innung /Verband

☐ ja, bitte hier benennen

☐ nein

1. Hiermit trete ich nach § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V als versorgungsberechtigter bzw. präqualifizierter Leistungserbringer dem **Vertrag über die Versorgung mit Sehhilfen durch Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vom 01.09.2018 in der Fassung vom 01.01.2022** (AC/TK: 19 91 G54) zu folgenden Versorgungsbereichen bei:

zutreffendes bitte ankreuzen

☐ Brillengläser (0001)

☐ Kontaktlinsen (0002)

☐ vergrößernde Sehhilfen (0003)

2. Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.
3. Weiterhin erkläre ich, dass ich meinem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich gelten lasse.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Anlage 54.4 Berechtigungsschein

zum Versorgungsvertrag **GWQ+ / ZVA** über die Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 127 Abs. 1 SGBV in der Fassung vom 01.01.2022

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Augenoptiker-IK	VK gültig bis	Datum

Berechtigungsschein

Anspruch besteht nur, wenn eine Mitgliedschaft besteht und die Versicherungskarte vorgelegt wird.

Rechnungsnummer

Belegnummer

☐ Unfall/Unfallfolgen ☐ Arbeitsunfall ☐ Versorgungsleiden

I. Erklärung des Augenoptikers:

Die Prüfung der Sehschärfe ergab ☐ eine Veränderung von mindestens 0,5 dpt
oder ☐ eine Verbesserung von mindestens 0,2 LogMAR (2 Visus-Stufen)

☐ Aufgrund der Augenglasbestimmung ist/sind
_____ Glas/Gläser _____ Kontaktlinse(n)
erforderlich

☐ Folgeversorgung wegen Verschleiß/Verlust
(keine Sehstärkenänderung)
_____ Glas/Gläser _____ Kontaktlinse(n)

Kontaktlinse(n):

☐ Nachlieferung innerhalb von 6 Monaten

☐ Kontrolle und Aufarbeiten bzw. Intensivreinigung
der Kontaktlinse(n)

Sonstiges: _____

								Kostenabrechnung des Augenoptikers		
		Sphäre	Zylinder	Achse	Prisma	Basis	Scheitel- abstand	7-/10-stellige Hilfsmittel- positionsnummer	Faktor	Betrag EUR
F	R									
	L									
N	R									
	L									
Stempel des Augenoptikers						Datum/Unterschrift des Augenoptikermeisters		Rechnungsbetrag		

II. Erklärung und Empfangsbestätigung des Versicherten:

Ich bin bei der benannten Krankenkasse versichert und habe meine Versichertenkarte vorgelegt.

Brillenglasbestimmung durchgeführt ☐ ja ☐ nein _____ Glas/Gläser _____ Kontaktlinse(n)

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Preisliste					
AC/TK: 19 91 G54					
25. Produktgruppe „Sehhilfen“ Versorgungsbereich 25A, 25B; 25C: Brillengläser einschließlich Schieltherapeutika					
HMV.Nr	Pos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
25.21 Anwendungsbereich Auge / Sehorgan					
Einstärkengläser					
	25.21.01.0900	$\leq \pm 6,0$ dpt, cyl $\leq +2,0$ dpt	16,23	19,31	00,04,10,11
	25.21.01.1900	$\leq \pm 6,0$ dpt, cyl $> +2,0$ dpt $\leq +4,0$ dpt	30,44	36,22	00,04,10,11
	25.21.01.2900	$> \pm 6,0$ dpt $< \pm 10,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	29,14	34,68	00,04,10,11
	25.21.01.3900	$\geq \pm 10,0$ dpt $\leq \pm 12,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	61,56	73,26	00,04,10,11
	25.21.01.4900	$> \pm 12,0$ dpt $\leq \pm 14,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	87,71	104,37	00,04,10,11
	25.21.01.5900	$> \pm 14,0$ dpt $\leq \pm 16,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	120,00*	142,80	00,04,10,11
	25.21.01.6900	$> \pm 16,0$ dpt $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	KVA		00,04,10,11
	25.21.01.7900	$> \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	KVA		00,04,10,11
Mehrstärkengläser					
	25.21.02.0900	$\leq \pm 6,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	81,08	96,49	00,04,10,11
	25.21.02.1900	$> \pm 6,0$ dpt $< \pm 10,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	101,68	121,00	00,04,10,11
	25.21.02.2900	$\geq \pm 10,0$ dpt $\leq \pm 12,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	140,81	167,56	00,04,10,11
	25.21.02.3900	$> \pm 12,0$ dpt $\leq \pm 14,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	159,81	190,17	00,04,10,11
	25.21.02.4900	$> \pm 14,0$ dpt und $\leq \pm 16,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	190,00*	226,10	00,04,10,11
	25.21.02.5900	$> \pm 16,0$ dpt und $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	KVA		00,04,10,11
	25.21.02.6900	$> \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt, hochbrechend	KVA		00,04,10,11
Lentikulargläser					
	25.21.03.0900	Einstärken-Lentikulargläser	85,16	101,34	00,04,10,11
	25.21.03.1900	Mehrstärken-Lentikulargläser	KVA		00,04,10,11
Bifokalgläser					
	25.21.04.0900	Bifokalgläser mit größerem/hoch angesetztem Nahteil, sphärisch $< \pm 10,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	94,70	112,69	00,04,10,11
	25.21.04.1900	Bifokalgläser mit größerem/hoch angesetztem Nahteil, sphärisch $\geq \pm 10,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
Zuschläge für Brillengläser					
	25.21.11.0001	Zuschlag für cyl $> +4,0$ dpt $\leq +6,0$ dpt	24,96	29,70	00,04,10,11
	25.21.11.1001	Zuschlag für cyl $> +6,0$ dpt $\leq +8,0$ dpt	35,16	41,84	00,04,10,11
	25.21.11.2900	Zuschlag für cyl $> +8,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.12.0001	Zuschlag für Prisma > 0 cm/m und ≤ 3 cm/m	14,00	16,66	00,04,10,11
	25.21.12.1001	Zuschlag für Prisma > 3 cm/m und ≤ 6 cm/m	35,00	41,65	00,04,10,11
	25.00.21.1221	Zuschlag für Prisma > 6 cm/m und ≤ 10 cm/m	45,00*	53,55	00,04,10,11
	25.00.21.1222	Zuschlag für Prisma > 10 cm/m und ≤ 15 cm/m	KVA		00,04,10,11
	25.21.12.3900	Zuschlag für Prisma > 15 cm/m	KVA		00,04,10,11
	25.21.13.0900	Zuschlag für Mehrstärkenglas, unterschiedliche Prismen im Fern und Nahteil	KVA		00,04,10,11
	25.21.13.1900	Zuschlag für Mehrstärkenglas, Slab-Off-Schliff	KVA		00,04,10,11
	25.21.14.0900	Zuschlag für Addition des Nahzusatzes bei Mehrstärkenglas $> +3$ dpt bis $\leq +4$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.14.1900	Zuschlag für Addition des Nahzusatzes bei Mehrstärkenglas $> +4$ dpt bis $< +6$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.15.0001	Zuschlag für Lichtschutzgläser	9,90	11,78	00,04,10,11
	25.21.15.1001	Zuschlag für UV-Kantenfilter 400 nm	46,00	54,74	00,04,10,11
	25.21.15.2001	Zuschlag für Kantenfilter (Transmissionsmaximum bei 450 nm) als Bandpassfilter	49,90	59,38	00,04,10,11
	25.21.15.3001	Zuschlag für Kantenfilter (> 500 nm) als Langpassfilter	49,90	59,38	00,04,10,11
	25.21.16.0900	Zuschlag für kleineren Glasdurchmesser (< 60 mm) ab $\geq +6,0$ dpt	KVA		00,04,10,11

Anlage 54.5 Preisliste

zum Versorgungsvertrag **GWQ+ / ZVA** über die Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 127 Abs. 1 SGBV in der Fassung vom 01.01.2022

HMV.Nr	Pos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto	Preis brutto	Kennzeichen
			EUR	EUR	HiMi
Schieltherapeutika, Vorhänger und sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen					
	25.21.20.0900	Okklusionskapsel (Okklusionklappe, z.B. okklueasy)	60,00	71,40	00,04,10,11
	25.21.20.1900	Okklusionsfolie	10,06	11,97	00,04,10,11
	25.21.20.2900	Okklusionspflaster	KVA		00,04,10,11
	25.21.30	Vorhänger/Übersetzbrille	KVA		00,04,10,11
	25.21.40.0900	Uhrglasverband	KVA		00,04,10,11
	25.21.40.1900	Seitenschutz, konfektioniert; Paar	30,00	35,70	00,04,10,11
	25.21.40.2900	Prismenfolie	34,50	41,06	00,04,10,11
	25.21.40.3900	Linsenfolie für Addition	35,90	42,72	00,04,10,11
	25.21.40.4900	Ptosis-Stütze	KVA		00,04,10,11
Abrechnungspositionen für Brillen					
	25.99.99.0001	Brillenglasbestimmung (binokular)	13,44	15,99	00,04,10,11

Erläuterungen:

- * sofern lieferbar, ansonsten KVA
- vertraglich ergänzte Preisposition, kein Festbetrag
- vertraglich ergänzte KVA-Position

Preisliste					
AC/TK: 19 91 G54					
25. Produktgruppe „Sehhilfen“ Versorgungsbereich 25D Kontaktlinsen					
HMV.Nr	Pos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
25.21 Anwendungsbereich Auge / Sehorgan					
Formstabile Kontaktlinsen					
	25.21.50.0001	Formstabile Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Erstversorgung	149,30	177,67	00
	25.21.50.0002	Formstabile Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Nachlieferung, Folgeversorgung	117,50	139,83	04,10
	25.21.50.0003	Formstabile Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Ersatzbeschaffung	60,50	72,00	11
	25.21.50.1900	Formstabile Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $> \pm 20,0$ dpt, cyl $> +6,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.50.2001	Formstabile Kontaktlinsen, rückflächentorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Erstversorgung	188,70	224,55	00
	25.21.50.2002	Formstabile Kontaktlinsen, rückflächentorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Nachlieferung, Folgeversorgung	152,90	181,95	04,10
	25.21.50.2003	Formstabile Kontaktlinsen, rückflächentorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Ersatzbeschaffung	83,50	99,37	11
	25.21.50.3900	Formstabile Kontaktlinsen, rückflächentorisch, sphärisch $> \pm 20,0$ dpt, cyl $> +6,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.50.4001	Formstabile Kontaktlinsen, periphertorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Erstversorgung	180,70	215,03	00
	25.21.50.4002	Formstabile Kontaktlinsen, periphertorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Nachlieferung, Folgeversorgung	145,90	173,62	04,10
	25.21.50.4003	Formstabile Kontaktlinsen, periphertorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Ersatzbeschaffung	78,50	93,42	11
	25.21.50.5900	Formstabile Kontaktlinsen, periphertorisch, sphärisch $> \pm 20,0$ dpt, cyl $> +6,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.50.6001	Formstabile Kontaktlinsen, vorderflächentorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Erstversorgung	202,70	241,21	00
	25.21.50.6002	Formstabile Kontaktlinsen, vorderflächentorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Nachlieferung, Folgeversorgung	166,90	198,61	04,10
	25.21.50.6003	Formstabile Kontaktlinsen, vorderflächentorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Ersatzbeschaffung	97,50	116,03	11
	25.21.50.7900	Formstabile Kontaktlinsen, vorderflächentorisch, sphärisch $> \pm 20,0$ dpt, cyl $> +6,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.50.8001	Formstabile Kontaktlinsen, bitorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Erstversorgung	212,70	253,11	00
	25.21.50.8002	Formstabile Kontaktlinsen, bitorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Nachlieferung, Folgeversorgung	176,90	210,51	04,10
	25.21.50.8003	Formstabile Kontaktlinsen, bitorisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt, Ersatzbeschaffung	107,50	127,93	11
	25.21.50.9900	Formstabile Kontaktlinsen, bitorisch, sphärisch $> \pm 20,0$ dpt, cyl $> +6,0$ dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.51	Formstabile Spezial-Kontaktlinsen	KVA		00,04,10,11
	25.21.52	Sklerallinsen	KVA		00,04,10,11
Weiche Kontaktlinsen					
	25.21.54.0001	Weiche Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Erstversorgung	108,00	128,52	00
	25.21.54.0002	Weiche Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Nachlieferung, Folgeversorgung	75,10	89,37	04,10
	25.21.54.0003	Weiche Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Ersatzbeschaffung	52,10	62,00	11

Anlage 54.5 Preisliste

zum Versorgungsvertrag **GWQ+ /ZVA** über die Versorgung mit Sehhilfen gemäß § 127 Abs. 1 SGBV in der Fassung vom 01.01.2022

HMV.Nr	Pos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
	25.21.54.1900	Weiche Kontaktlinsen, rotationssymmetrisch, sphärisch > ±20,0 dpt, cyl > +6,0 dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.54.2001	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch ≤ ±20,0 dpt, cyl ≤ +6,0 dpt; Erstversorgung	136,60	162,55	00
	25.21.54.2002	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch ≤ ±20,0 dpt, cyl ≤ +6,0 dpt; Nachlieferung, Folgeversorgung	103,70	123,40	04,10
	25.21.54.2003	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch ≤ ±20,0 dpt, cyl ≤ +6,0 dpt; Ersatzbeschaffung	79,60	94,72	11
	25.21.54.3900	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch > ±20,0 dpt, cyl > +6,0 dpt	KVA		00,04,10,11
	25.21.54.4900	Weiche Kontaktlinsen zum Dauertragen bei Säuglingen und Kindern	KVA		00,04,10,11
Austauschkontaktlinsen					
	25.21.55.0001	Austauschkontaktlinsen, rotationssymmetrisch, Erstversorgung, pro Auge für 12 Monate	74,10	88,18	00
	25.21.55.0002	Austauschkontaktlinsen, rotationssymmetrisch, Nachlieferung, pro Auge für 12 Monate	54,30	64,62	04,10,11
	25.21.55.1001	Austauschkontaktlinsen, torisch, Erstversorgung, pro Auge für 12 Monate	108,20	128,76	00
	25.21.55.1002	Austauschkontaktlinsen, torisch, Nachlieferung, pro Auge für 12 Monate	87,30	103,89	04,10,11
	25.21.56	Hart-Weich-Linsenkombination	KVA		00,04,10,11
	25.21.57.0900	Verbandlinsen	23,95	28,50	00,04,10,11
	25.21.57.1900	Verbandschale	KVA		00,04,10,11
	25.21.58	Irislinsen	KVA		00,04,10,11
Abrechnungspositionen für Kontaktlinsen					
	25.99.99.1001	Zuschlag für den erhöhten Anpassungsaufwand sphärisch ≥ ±15,0 dpt und ≤ ±20,0 dpt oder cyl > +4,0 dpt und ≤ +6,0 dpt bei formstabilen Kontaktlinsen oder bei weichen Kontaktlinsen	20,90	24,87	00,04,10,11
	25.99.99.1003	Kontrolle in Verbindung mit dem Aufarbeiten und ggf. der Intensivreinigung einer formstabilen Kontaktlinse	11,00	13,09	14

Erläuterungen:

 vertraglich ergänzte KVA-Position

Preisliste					
AC/TK: 19 91 G54					
25. Produktgruppe „Sehhilfen“					
Versorgungsbereich 25E, 25F Vergrößernde Sehhilfen					
HMV.Nr	Pos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto	Preis brutto	Kennzeichen
			EUR	EUR	HiMi
25.21 Anwendungsbereich Auge / Sehorgan					
Vergrößernde Sehhilfen					
	25.21.80	Brillengläser mit Lupenwirkung	KVA		00,04,10,11
	25.21.81.0900	Einschlaglupen	16,15	19,22	00,04,10,11
	25.21.81.1900	Handlupen ohne Beleuchtung	36,90	43,91	00,04,10,11
	25.21.81.2900	Handlupen mit Beleuchtung	49,50	58,91	00,04,10,11
	25.21.81.3900	Stand- und Klemmlupen ohne Beleuchtung	55,95	66,58	00,04,10,11
	25.21.81.4900	Stand- und Klemmlupen mit Beleuchtung	64,95	77,29	00,04,10,11
	25.21.81.5900	Umhängelupen	KVA		00,04,10,11
	25.21.81.6900	Hellfeldlupen (Visiolettlupen); Durchmesser bis 65mm, 1,8fache Vergrößerung	55,00	65,45	00,04,10,11
	25.21.81.7900	Lesestäbe	KVA		00,04,10,11
	25.21.81.8900	Lupen-Vorhänger (Clip)/Kopflupen	KVA		00,04,10,11
	25.21.81.9900	Lupenaufsätze zur Montage an die Brille	KVA		00,04,10,11
	25.21.86.0900	Elektronische Lupen $\geq 4,3$ bis ≤ 5 Zoll Bildschirmgröße	464,00	MWSt. Satz ist herstellerabhängig	00,04,10,11
	25.21.86.1900	Elektronische Lupen > 5 Zoll bis ≤ 7 Zoll Bildschirmgröße	KVA		00,04,10,11
	25.21.82	Fernrohrbrillen nach Galilei	KVA		00,04,10,11
	25.21.83	Fernrohrbrillen nach Kepler	KVA		00,04,10,11
	25.21.84	Handfernrohre nach Kepler bzw. Galilei	KVA		00,04,10,11
	25.99.99.2900	Abrechnungspositionen für vergrößernde Sehhilfen	KVA		00,04,10,11

Erläuterungen:

	vertraglich ergänzte Preisposition, kein Festbetrag
	vertraglich ergänzte KVA-Position