



Vertrag

über die Versorgung mit Sehhilfen durch
Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

AC/TK: 12 90 25B - Gläser

AC/TK: 12 90 25C - Kontaktlinsen

AC/TK: 12 90 25D - Vergrößernde Sehhilfen

Knappschaft / landwirtschaftliche Krankenkasse – ZVA

Inkrafttreten des Vertrages: 01.12.2021

Vertrag

über die Versorgung mit Sehhilfen durch
Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

AC/TK: 12 90 25B

AC/TK: 12 90 25C

AC/TK: 12 90 25D

zwischen einerseits

der **KNAPPSCHAFT Bochum**

Knappschaftstraße 1

44799 Bochum,

sowie

der Sozialversicherung für Landwirtschaft,

Forsten und Gartenbau (SVLFG) als

landwirtschaftliche Krankenkasse

Weißensteinstraße 70-72

34131 Kassel

im Folgenden Krankenkasse¹ genannt

und andererseits

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

Alexanderstraße 25a

40210 Düsseldorf

nachfolgend ZVA genannt

handelnd für:

- Bayrischer Landesinnungsverband für Augenoptik und Optometrie
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung Berlin
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Brandenburg
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung Hamburg
- Südwestdeutscher Augenoptiker- und Optometristen-Verband
- Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen Mecklenburg-Vorpommern
- Landesinnung der Augenoptiker / Optometristen des Freistaates Sachsen
- Augenoptiker- / Optometristen-Innung Sachsen-Anhalt
- Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Niedersachsen und Bremen
- Landesinnung der Augenoptiker und Optometristen in Schleswig-Holstein
- Augenoptiker- und Optometristen-Innung des Landes Thüringen
- Augenoptiker- und Optometristenverband NRW

wird nachstehender Vertrag gemäß § 127 SGB V
geschlossen:

¹ auf den Einzelfall bezogene Regelungen sind jeweils auf die für den Versicherten zuständige Krankenkasse anzuwenden.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Abgabe der in den Anlagen aufgeführten Hilfsmittel nach § 33 SGB V sowie der ggf. in den Anlagen aufgeführten Produkte jeweils einschließlich aller damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen (z. B. Beratung). Dies umfasst auch die Erfüllung der in Ansehung der Eigenart des Hilfsmittels anwendbaren Pflichten der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Die Anlagen regeln weitere Einzelheiten und sind Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Weitere Produkte / Produktarten können nach schriftlicher Vereinbarung in eine Anlage aufgenommen werden.

(3) Mindestumsätze oder Auftragszahlen werden durch diesen Vertrag nicht garantiert.

(4) Die Anlagen gelten für die landwirtschaftliche Krankenkasse nur, soweit dies in den Anlagen jeweils angegeben ist oder die landwirtschaftliche Krankenkasse ggf. vertreten durch die KNAPPSCHAFT ihren Beitritt erklärt hat.

lage eines gültigen Präqualifizierungszertifikates und vor Ablauf dessen Befristung durch ein erneutes Präqualifizierungszertifikat, jeweils einer akkreditierten Präqualifizierungsstelle, zu erbringen.

(2) Die Versorgungsberechtigung aufgrund dieses Vertrages besteht nur für die in den Anlagen vereinbarten Hilfsmittel und nur, soweit und solange diese von einem gültigen Präqualifizierungszertifikat umfasst sind.

(3) Die Versorgungsberechtigung wird durch den Leistungserbringer gegenüber den Landesinnungsverbänden / Landesinnungen / Augenoptikerinnungen und / oder der Krankenkasse nach § 126 Absatz 1a Satz 2 SGB V nachgewiesen. Die Versorgungsberechtigung besteht ab dem Zeitpunkt, zu dem das Präqualifizierungszertifikat den Landesinnungsverbänden / Landesinnungen / Augenoptikerinnungen und / oder der KNAPPSCHAFT bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse zugegangen ist.

(4) Die fachliche Leitung ist während der Geschäftszeiten durch den fachlichen Leiter sicherzustellen.

§ 1a Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für alle Augenoptikerbetriebe (im Vertrag Leistungserbringer genannt), sofern sie die Voraussetzungen erfüllen und dem Vertrag beitreten.

Die teilnehmenden innungsangehörigen Betriebe sind seitens der Landesinnungsverbände / Landesinnungen / Augenoptikerinnungen monatlich an die Krankenkasse in einer Gesamtliste unter Nennung des jeweiligen Institutionskennzeichens (IK), das für die Abrechnung verwandt wird, zu melden. Diese Liste berücksichtigt auch, soweit bekannt, aus dem Vertrag ausgeschiedene Betriebe.

§ 2 Versorgungsberechtigung

(1) Der Leistungserbringer hat die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der in den Anlagen vereinbarten Hilfsmittel zu erfüllen. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen ist durch die Vor-

(5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich für die in den Anlagen vereinbarten Produkte entsprechend seines Berufsbildes regelmäßig fortzubilden. Dabei sind die Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V zu erfüllen. Zusätzlich hat der Leistungserbringer die besonderen Anforderungen nach § 5 MPBetreibV bezogen auf die mit diesem Vertrag übernommenen Betreiberpflichten zu erfüllen, soweit diese nicht bereits durch die Anforderungen aus Satz 2 mit abgedeckt sind. Eine solche Mitabdeckung fehlt insbesondere dann, wenn sich die Präqualifizierung für die jeweiligen Produktgruppen nicht auf die folgenden organisatorischen Anforderungen der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V erstreckt

- Sicherstellung der sachgerechten Durchführung von Instandhaltungen und Reparaturen,
- Für wiedereinsatzbare Produkte Sicherstellung, dass bei der Aufbereitung von wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln die medizinprodukterechtlichen Anforderungen, hier insbesondere die Medizin-

produkte-Betreiberverordnung sowie die KRINKO-BfArM-Empfehlungen in den jeweils gültigen Fassungen beachtet werden.

- (6) Einschränkungen, Aussetzungen oder Rückziehungen von erteilten Zertifikaten nach § 126 Absatz 1 a Satz 6 SGB V gelten entsprechend für die Versorgungsberechtigung nach diesem Vertrag. Die Versorgungsberechtigung ist zudem eingeschränkt oder ganz ausgesetzt, soweit die nach § 2 Abs. 5 dieses Vertrages zu erfüllenden besonderen Anforderungen nach § 5 MPBetreibV bei dem Leistungserbringer nicht oder nicht mehr gegeben sind. Eines gesonderten Widerrufs der Versorgungsberechtigung nach diesem Vertrag bedarf es in Fällen der Sätze 1 und 2 nicht.
- (7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, Tatbestände, die seine Versorgungsberechtigung bzw. deren Umfang betreffen (z. B. Betriebsaufgabe/-verlegung, Umfirmierung), gegenüber der KNAPPSCHAFT und der landwirtschaftlichen Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.
- (8) Die Versorgungsberechtigung nach diesem Vertrag endet, sobald die Voraussetzungen hierfür nicht mehr vorliegen. Eines gesonderten Widerrufs der Versorgungsberechtigung bedarf es in Fällen des Satzes 1 nicht.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die zu Lasten der Krankenkassen abgegebenen Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§§ 12 und 70 SGB V).
- (2) Der Leistungserbringer haftet gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den gesetzlichen Bestimmungen, u. a. dem Sozialgesetzbuch, dem Bürgerlichen Gesetzbuch, der Verordnung (EU) 2017/45 über Medizinprodukte, dem Medizinproduktedurchführungsgesetz (MPDG) und der MPBetreibV. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass alle Verpflichtungen, die sich für die Versorgung mit Produkten aus den gesetzlichen Vorgaben ergeben, u. a. bei der Auslieferung und Nutzung eingehalten werden.

- (3) Die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel sind Produkte, die dem Anwendungsbereich der Verordnung (EU) 2017/45 über Medizinprodukte unterliegen. Für deren Betrieb und Anwendung gelten daneben die Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, welche gemäß §§ 1 Abs. 2, 3 Abs. 2 S. 1 MPBetreibV auch auf solche Medizinprodukte Anwendung findet, die dem versicherten Patienten zur Anwendung durch sich selbst oder Dritte im häuslichen Umfeld aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung durch oder auf Veranlassung der Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Aufgrund der größeren Nähe werden dem Leistungserbringer die insoweit geltenden Betreiberpflichten nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung für die vertragsgegenständlichen Hilfsmittel nach § 3 Abs. 2 S. 2 MPBetreibV durch die Krankenkassen mit diesem Vertrag übertragen, es sei denn aus den produktspezifischen Anlagen zu diesem Vertrag ergeben sich hiervon abweichende Regelungen. Der Leistungserbringer ist bei Übertragung zur Erfüllung der – in Ansehung der jeweiligen Eigenart des Hilfsmittels – anwendbaren Pflichten aus der MPBetreibV verpflichtet. Dies kann insbesondere folgende Pflichten der MPBetreibV umfassen: Einweisung (§ 4 Abs. 3), Instandhaltung (§ 7), Funktionsprüfung am Betriebsort und qualifizierte Einweisung (§ 10), Sicherheitstechnische Kontrollen (§ 11), Führung eines Medizinproduktebuches (§ 12), Bestandsverzeichnis (§ 13) und Messtechnische Kontrollen (§ 14). Zur Gewährleistung der rechtskonformen Durchführungen der jeweils anwendbaren Betreiberpflichten ist der Leistungserbringer nach § 2 Abs. 5 S. 3 dieses Vertrages verpflichtet, die persönlichen, apparativen und räumlichen Anforderungen nach § 5 MPBetreibV zu erfüllen. Die fristgerechte und ordnungsgemäße Erfüllung der jeweils anwendbaren Betreiberpflichten ist durch den Leistungserbringer in nachvollziehbarer Art und Weise schriftlich zu dokumentieren. Diese Nachweise, sowie die nach den Vorgaben der MPBetreibV weitergehende Dokumentation ist gemäß den dort festgelegten Fristen, mindestens aber 12 Monate ab dem Zeitpunkt der Versorgung von dem Leistungserbringer aufzubewahren. Teil dieser Dokumentation sind die Bestätigungen nach § 5 Abs. 9 S. 2 dieses Vertrages.

Die Krankenkasse verpflichtet sich, den Leistungserbringer bei Erfüllung übernommener Betreiberpflichten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen. Dies betrifft die unverzügliche Erteilung notwendiger Auskünfte an den Leistungserbringer und die Einwirkung auf Versicherte bei fehlender Mitwirkung oder Behinderung der Umsetzung von Betreiberpflichten.

- (4) Die Übernahme der Pflichten nach Abs. 3 entfällt nicht, wenn die / der Versicherte das Hilfsmittel in eine Gesundheitseinrichtung mitnimmt und es dort von ihm angewandt wird.
- (5) Eine Leistung und / oder Abrechnung nicht genehmigungspflichtiger Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkassen kann nur aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung erfolgen, sofern in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 4 Pflichten des Leistungserbringers

- (1) Die Versorgung der bei den Krankenkassen Versicherten und die Auftragsannahme ist montags bis samstags an mindestens vier Tagen zu gewährleisten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche ohne Mehrkosten erhältliche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und medizinisch notwendig sind. Sofern die / der Versicherte ausdrücklich eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Versorgung wünscht, ist die / der Versicherte vor der Versorgung auch über die von ihr / ihm zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Der Leistungserbringer hat die Beratung nach den Sätzen 1 und 2 durch Unterschrift der / des Versicherten bzw. ihres / seines gesetzlichen Vertreters bestätigen zu lassen. Sofern eine Versorgung innerhalb des Sachleistungssystems (ohne Mehrkosten für die / den Versicherten) erfolgt und ein Vertragspreis von unter 750 Euro (netto) vereinbart wurde oder es sich um eine Folgeversorgung handelt, kann auf die Dokumentationen nach Satz 3 verzichtet werden.

Für die Beratung zur sachgerechten Auswahl und Anpassung des Hilfsmittels unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung ggf. einschließlich Hausbesuch sowie für die Einweisung der / des Versicherten bzw. einer / eines Angehörigen / einer Betreuungsperson in die Anwendung des Hilfsmittels ist – vorbehaltlich spezieller Regelungen in diesem Vertrag – nur fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen. Hausbesuche sind im Bedarfsfall unverzüglich durchzuführen.

- (3) Bei der Vereinbarung von Terminen für z. B. Hausbesuche / Lieferungen sind die berechtigten Wünsche der Versicherten zu berücksichtigen. Den Versicherten ist möglichst früh der Zeitraum zu benennen, innerhalb dessen ein Hausbesuch / eine Lieferung vorgesehen ist. Dabei ist der voraussichtliche Zeitpunkt auf einen Zeitraum von bis zu max. 4 Stunden einzugrenzen.
- (4) Es ist ein Lager vorzuhalten, das eine Versorgung der Versicherten mit den üblichen Hilfsmitteln ohne Verzögerung gewährleistet. Ferner sind Reparatur-, Ersatz- und Zubehörteile in ausreichender Menge vorzuhalten, so dass anfallende Instandsetzungen und behinderungsgerechte Umrüstungen sachgerecht und kurzfristig ausgeführt werden können.
- (5) Es muss eine ausreichende Betriebshaftpflichtversicherung durch den Leistungserbringer für die Zeit der Geltung des Vertrages abgeschlossen werden.

§ 5 Abgabe der Leistungen

- (1) Es sind nur Materialien und Artikel einwandfreier Qualität zu verwenden und abzugeben. Die für die Lieferung oder für Erprobungszwecke vorgesehenen Produkte müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 Absatz 2 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 SGB V gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. Des Weiteren müssen sie den gesetzlichen Bestimmungen (z. B. Hilfsmittelrichtlinie, Verordnung (EU) 2017/45 über Medizinprodukte und dem MPDG) entsprechen und der Behinderung der / des

Berechtigten unter Beachtung der vertragsärztlichen Verordnung gerecht werden. Ebenfalls sind die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen einzuhalten.

Sofern durch den Spitzenverband Bund eine Veröffentlichung einer Einzelproduktaufstellung zu einer Produktart im Hilfsmittelverzeichnis erfolgt ist, dürfen nur die in dieser Einzelproduktaufstellung aufgeführten Hilfsmittel geliefert werden – dies gilt auch für Erprobungszwecke.

(2) Lieferungen sowie spätere Instandsetzungen im Sinne von § 7 Abs. 1 S. 4 MPBetreibV und Ergänzungen dürfen nur – mit Ausnahme der ggf. in den Anlagen aufgeführten Fälle – aufgrund eines Auftrages der Krankenkasse erfolgen. Die Erfüllung der Pflichten aus der MPBetreibV als integrativer Bestandteil der Leistung des Leistungserbringers nach § 3 Abs. 3 dieses Vertrages, insbesondere hinsichtlich der Instandhaltungsmaßnahmen (§ 7 Abs. 1 S. 2 MPBetreibV), bleibt davon unberührt. Sofern noch kein Auftrag durch die Krankenkassen erteilt wurde, muss der Krankenkasse vor einer berechnungsfähigen Lieferung, Instandsetzung oder Ergänzung eines Produktes ggf. unter Beifügung der ärztlichen Verordnung (sofern diese nicht der Krankenkasse bereits vorliegt) ein elektronischer Kostenvoranschlag (soweit bei der Krankenkasse möglich und ansonsten postalisch) zur Genehmigung übermittelt werden. Eine Vergütung für die Erstellung und Übermittlung eines Kostenvoranschlages darf weder von der Krankenkasse noch vom Versicherten verlangt werden.

(3) Die zu erstellenden Kostenvoranschläge müssen mindestens die nachstehenden Angaben enthalten:

- die Personalien der / des Versicherten einschließlich KV-Nummer,
- die genaue Bezeichnung des Produktes / Hilfsmittels (Hersteller, Modell) sowie der Zubehör-/ Ersatzteile,
- die Positionsnummern (10-stellig, soweit eine Einzelproduktaufstellung zu der Produktgruppe vorliegt) nach dem Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V,

- ggf. Pseudohilfsmittel-/Abrechnungspositionsnummer gemäß Anlage 3 zu den Richtlinien der Verbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V (soweit vorhanden),
- die herstellerbezogenen Artikelnummern,
- die mit der Lieferung tatsächlich entstehenden Kosten unter Berücksichtigung der in der / den Anlage(n) vereinbarten Preise. Die Kosten sind in Euro auszuweisen,
- die für die maßgebende(n) Vertragsanlage(n) vergebene(n) Preislistennummer(n) (Schlüssel Leistungserbringergruppe – Abrechnungscode und Tariffkennzeichen der Anlage 3 – Schlüsselverzeichnis – zu den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V).

Besteht ein Hilfsmittel aus mehreren Teilleistungen, ist der Krankenkasse ein entsprechend untergliederter Kostenvoranschlag einzureichen.

- (4) Bei einem Neukauf sind unbenutzte („fabrikneue“) Hilfsmittel abzugeben. „Fabrikneu“ ist ein Hilfsmittel regelmäßig dann, wenn und solange das Modell dieses Typs unverändert weitergebaut wird und es keine durch längere Standzeiten bedingten Mängel aufweist.
- (5) Die Lieferungen müssen dem Auftrag der Krankenkasse bzw. der ärztlichen Verordnung entsprechen. Änderungen / Ergänzungen des Lieferauftrages müssen der Krankenkasse vorab zur Genehmigung vorgelegt werden. Ist die ärztliche Verordnung unvollständig / ungenau, so ist sie der Krankenkasse vor Auslieferung (unabhängig von evtl. Regelungen zur Genehmigungsfreiheit in den Anlagen) zur Entscheidung vorzulegen. Maßgeblich für die Inhalte der ärztlichen Verordnung sind die jeweils gültige Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie / HilfsM-RL), das Hilfsmittelverzeichnis sowie die vertraglichen Regelungen. Die Hilfsmittel sind, soweit dies erforderlich oder zweckdienlich und nicht bereits von der Erfüllung der Pflichten des Leistungserbringers nach § 3 Abs. 3 dieses Vertrages erfasst ist, anzupassen und auf Zweckmäßigkeit und guten Sitz zu prüfen. Bei einer Anpassungsleistung ist zu-

sätzlich § 9 MPDG zu beachten und die diesbezügliche Dokumentation auf Anforderung der Krankenkasse vorzulegen.

- (6) Die Versicherten sind in die Anwendung einzuweisen und ggf. auf die Notwendigkeit der Gewöhnung hinzuweisen. Den Versicherten sind Bedienungsanleitungen in deutscher Sprache zur Verfügung zu stellen.
- (7) Verlangt eine /ein Versicherte/r bei Hilfsmitteln, für die ein Neukauf- /Wiedereinsatzverfahren in den Anlagen vereinbart wurde, eine aufwändigere Versorgung, die das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigt, wird vom Leistungserbringer ein Kostenvoranschlag mit einem Hinweis auf den Mehrkostenwunsch der /des Versicherten und ggf. den bekannten Gründen an die Krankenkasse gerichtet oder die /der Versicherte an die zuständige Krankenkasse verwiesen. Von dort wird der Auftrag zur Versorgung der /des Versicherten an den Leistungserbringer erteilt. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit in den Anlagen abweichende Regelungen getroffen sind.
- (8) Auslieferungen über Dritte und Zustelldienste sind nur mit Zustimmung der Krankenkasse und nur unter der Voraussetzung zulässig, dass die Erfüllung der Pflichten des Leistungserbringers aus § 3 Abs. 3 dieses Vertrages nachweisbar gewährleistet ist. Die Anlagen können hierzu weitere Details und die Zustimmung unter bestimmten Voraussetzungen regeln.
- (9) Die /Der Versicherte, dessen gesetzliche/r Vertreter/in oder die von der /dem Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter beauftragte Person hat den einwandfreien und funktionsgerechten Erhalt der Leistung einschließlich etwaiger Einweisung am Tage der Leistungsabgabe unter Angabe der gelieferten Produkte sowie der gelieferten Mengen und des Lieferdatums mit Unterschrift zu bestätigen. Dies gilt entsprechend für solche Leistungen des Leistungserbringers nach § 3 Abs. 3 dieses Vertrages, die aufgrund der Eigenart des Hilfsmittels notwendig sind und dessen grundsätzliche Durchführung der Wahrnehmung durch die /den Versicherten

unterliegen. Die Bestätigungen nach Satz 1 sind der jeweiligen Abrechnung beizufügen, sofern in den Anlagen keine anderen Vereinbarungen getroffen worden sind. Es ist nicht erlaubt, von /Anspruchsberechtigten für noch nicht ausgeführte Leistungen bzw. nicht gelieferte Hilfsmittel die Empfangsbestätigung im Voraus zu fordern und bereits vor der endgültigen Auftragserledigung abzurechnen.

§ 6 Fristen für Angebot, Lieferung, Interimsversorgung

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Krankenkasse **Kostenvoranschläge** nach entsprechender Aufforderung oder Erhalt einer genehmigungspflichtigen ärztlichen Verordnung **unverzüglich (grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen)** zu übermitteln.
- (2) Die **Lieferung** muss **unverzüglich**, - sofern in den Anlagen keine andere Frist geregelt ist - mit Ausnahme von individuell gefertigten Hilfsmitteln, **grundsätzlich innerhalb von drei Arbeitstagen**, nach Auftragserteilung durch die Krankenkasse bzw. bei nicht genehmigungspflichtigen Lieferungen nach Erhalt der ärztlichen Verordnung erfolgen, soweit die Auslieferung nicht durch Einflüsse verhindert wird, die der Leistungserbringer nicht zu vertreten hat. Die Verhinderungseinflüsse sind auf Anforderung unter Angabe der einzelfallbezogenen Gründe schriftlich zu erläutern. Sofern von der Bereitstellung eines Hilfsmittels eine Krankenhausentlassung abhängig gemacht wird oder ohne die Bereitstellung eine Krankenhausaufnahme erforderlich würde, hat die Lieferung schnellstmöglich (in der Regel noch am gleichen Tag) zu erfolgen.
- (3) Ist eine Bereitstellung des vorgesehenen Hilfsmittels innerhalb der in Absatz 2 genannten Fristen oder eine zeitnahe Instandsetzung eines defekten Hilfsmittels nicht möglich, und ist der /dem Versicherten der kurzweilige Verzicht auf das Hilfsmittel nicht zumutbar, stellt der Leistungserbringer ein adäquates und dem medizinisch notwendigen Bedarf entsprechendes Hilfsmittel aus seinem Bestand zur Verfügung. Die Kosten hierfür sind mit den in den Anlagen vereinbarten Vergütungen abgegolten.

- (4) Anfragen der Krankenkasse sind vom Leistungserbringer ohne Kostenberechnung und umgehend aussagekräftig zu beantworten.

§ 7 Garantiebestimmungen, Instandhaltung

- (1) Der Leistungserbringer übernimmt für die einwandfreie Ausführung des gelieferten Hilfsmittels eine Gewährleistung nach den gesetzlichen Vorschriften. Gewährt der Hersteller im Einzelfall eine Garantie für das Hilfsmittel, übernimmt der Leistungserbringer auch eine entsprechende Garantie. Auch Arbeitsleistungen oder erforderliche Fahrkosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, sind während der Gewährleistung / Garantiezeit nicht berechnungsfähig.
- (2) Die Instandhaltung im Sinne von § 7 Abs. 1 S. 2 MPBetreibV ist gemäß § 3 Abs. 3 dieses Vertrages die Aufgabe des Leistungserbringers.
- (3) Sofern in den Anlagen etwas Abweichendes vereinbart ist, gilt der Absatz 1 insoweit nicht.

§ 8 Vergütung der Leistung

- (1) Die Vergütung - ggf. auch Pauschalvergütung - richtet sich nach den vereinbarten Preisen in der/den Anlage(n), höchstens jedoch nach den Festbeträgen (§ 36 SGB V). Dies gilt auch bei Eilversorgungen. Die Vergütung erfolgt in EURO.
- (2) Die in der/den Anlage(n) jeweils für eine Produktart vereinbarten Preise gelten für alle Produkte der Produktart. Dies gilt nicht, wenn in den Anlagen ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist bzw. die / der Versicherte eine preislich aufwändigere Versorgung verlangt, die das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigt (vgl. hierzu §§ 4 Absatz 2 und 5 Absatz 7).
- (3) Für notwendige, nach den Anlagen gesondert vergütungsfähige Instandsetzungen / Zubehörteile werden
- a) die Kosten der Ersatz-/Zubehörteile ggf. entsprechend den in der/den Anlage(n) getroffenen Preisabsprachen,

- b) die Arbeitskosten unter Berücksichtigung der tatsächlich angefallenen Arbeitszeit mit dem (anteiligen) Stundenverrechnungssatz bzw. entsprechend den in den Anlagen(n) getroffenen Absprachen und
- c) die gesetzliche Mehrwertsteuer in der jeweils geltenden Höhe

vergütet. Den Kostenvoranschlägen zugrunde liegende Preisempfehlungen der Hersteller (Herstellerpreislisten) hat der Leistungserbringer auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

- (4) Wurde mit Zustimmung der Krankenkasse ein Dritter beauftragt, ist bei Berechnung der Fremdleistung (sofern nach den Anlagen zulässig) ein Kostennachweis vorzulegen. Aufschläge sind für die Fremdleistung zulässig, sofern in den Anlagen entsprechende Regelungen vorgesehen sind. Die Berechnung von Kosten für den Versand oder die Wiederauslieferung richtet sich ggf. nach den Anlagen.
- (5) Vergütungen im Zusammenhang mit der Beratung, Auswahl, Anpassung und Bereitstellung eines Produktes und die Einweisung in den Gebrauch (ggf. auch im Rahmen eines Hausbesuches) sind nur dann zu zahlen, wenn die Versorgung tatsächlich vorgenommen wird und zweckmäßig ist. Eventuelle Ausnahmen können in den Anlagen vereinbart werden. Alle im Vertrag sowie in den Anlagen aufgeführten Leistungen sind dabei mit den in den Anlagen vereinbarten Preisen abgegolten.
- (6) Rückholungen und Verschrottungen von Hilfsmitteln sind nicht gesondert berechnungsfähig; die entsprechenden Kosten sind mit den sonstigen Vergütungen nach den Anlagen abgegolten. Für nicht für den Wiedereinsatz vorgesehene Produktarten werden keine Aufträge zur Rückholung durch die Krankenkasse erteilt.
- (7) Die nach dem SGB V gesetzlich vorgesehenen Zahlungen sind vom Leistungserbringer einzuziehen und bei der Abrechnung in Abzug zu bringen. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ver-

ringert sich um die gesetzliche Zuzahlung. Die / Der Versicherte hat eine Befreiung durch Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises nachzuweisen. Die Klärung des Befreiungsstatus hat vor der erstmaligen Rechnungsstellung zu erfolgen. Eine Nachberechnung des Zuzahlungsbetrages eines nach § 62 SGB V befreiten Versicherten ist ausgeschlossen. Von der / dem Versicherten dürfen andere Zahlungen für Leistungen nach diesem Vertrag nur unter Berücksichtigung der § 4 Absatz 2, § 5 Absatz 8 sowie § 8 Absatz 2 gefordert werden.

§ 9 Rechnungslegung, Zahlung an Abrechnungsstellen / Verrechnungsstellen, Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V

- (1) Gemäß § 302 Abs. 1 in Verbindung mit § 303 Abs. 3 SGB V sind Leistungserbringer verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen u. a. nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und mit den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen. Hierbei sind die Höhe der mit der / dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 6 SGB V sowie das von der Krankenkasse im Genehmigungsverfahren ggf. mitgeteilte Genehmigungskennzeichen anzugeben. Die Richtlinien nach § 302 SGB V sowie die dazu gehörigen technischen Anlagen in der jeweils geltenden Fassung sind durch den Leistungserbringer einzuhalten. Die für die Anlage(n) vergebene Preislistennummer (Schlüssel Leistungserbringergruppe – Abrechnungscode und Tarifkennzeichen der Anlage 3 – Schlüsselverzeichnis – zu den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V) wird dem Leistungserbringer mitgeteilt.
- (2) **Im Rahmen des (maschinellen) Abrechnungsverfahrens sind die rechnungsbegründenden Unterlagen an die jeweils durch die Kostenträgerdatei benannten oder in anderer Weise bekannt gegebenen, zuständigen Abrechnungsstellen der Krankenkasse zu liefern - nach § 2 Abs. 1 der Richtlinie nach § 302 SGB V (Urbelege und Leistungszusagen) jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten).** Sammelrechnungen sind nach Krankenversi-

chertennummern (alternativ alphabetisch) aufsteigend zu sortieren. Die Unterlagen sind in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen bzw. in der elektronisch übermittelten Abrechnungsdatei führen zur Abweisung der Rechnung. Es sind maximal zwei Sammelabrechnungen je Anlage in einem Kalendermonat zulässig.

- (3) In den Abrechnungsdaten sind gemäß § 302 Abs. 1 SGB V die vollständigen 10-stelligen Hilfsmittelpositionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V für das gelieferte Hilfsmittel anzugeben. Des Weiteren ist bei der KNAPPSCHAFT sowohl in dem zu übermittelnden Datensatz als auch in den Urbelegen die achtstellige knappschaftliche BK-Nummer-Kennzeichnung – soweit vorhanden – als „Inventarnummer für Hilfsmittel im Wiedereinsatz“ anzugeben.
- (4) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung eingerichteten Sammel- und Verteilungsstelle für Institutionskennzeichen (SVI) vergeben wird.
- (5) Rechnungen, die den Anforderungen der Absätze 1 bis 4 nicht entsprechen, werden zurückgewiesen.
- (6) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle / Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 2a (für die KNAPPSCHAFT) und / oder 2b (für die SVLFG) vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle / Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der

Abrechnungsstelle / Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haftet der Leistungserbringer der Krankenkasse im selben Umfang wie die Abrechnungsstelle. Forderungen der Krankenkasse gegen die Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle bei Abrechnungen für diesen Leistungserbringer aufgerechnet werden.

- (7) Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen gemäß § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

§ 10 Zahlungsfrist, Beanstandung, Ausschlussfrist

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (2) Beanstandungen können von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungslegung geltend gemacht werden.
- (3) Wurden der Krankenkasse zu Unrecht Beträge in Rechnung gestellt, kann sie bereits geleistete Zahlungen zurückfordern oder von der nächsten Zahlung absetzen. Der Sachverhalt ist dem Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen. Zurückgeforderte Beträge sind innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der Mitteilung fällig. Eine Aufrechnung mit Beitragsforderungen oder Vertragsstrafen der Krankenkassen ist nur mit Zustimmung des Leistungserbringers zulässig.

- (4) Forderungen des Leistungserbringers aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Leistungen fällig geworden sind, nicht mehr berechnet werden. Fällig wird eine Leistung mit deren Abgabe, sofern in den Anlagen keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Der Ablauf der vorgenannten Verjährung wird bis zum endgültigen Abschluss des Abrechnungsverfahrens (Zahlung oder Ablehnung des Anspruchs dem Grunde nach) gehemmt, sofern innerhalb der Zwölf-Monats-Frist eine erstmalige Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erfolgt. Erneute Einreichung der Abrechnung nach Beanstandungen der Krankenkasse berühren die Hemmung der Verjährung nicht, wenn die korrigierte Abrechnung innerhalb von 2 Monaten nach Beanstandung bei der Krankenkasse vorliegt.

§ 11 Beeinflussung, Depots, unzulässige Zusammenarbeit

- (1) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten hinsichtlich der Verordnung bestimmter Artikel ist unzulässig.
- (2) Hilfsmitteldepots in Arztpraxen, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen sowie Abrechnungen von Abgaben über Depots sind unzulässig (vgl. auch § 128 Abs. 1 SGB V). Dies gilt nicht für die Versorgung mit Hilfsmitteln, die nach den entsprechenden Hinweisen des Spitzenverband Bund in Notfällen benötigt werden.
- (3) In Fällen des § 128 Absatz 2 SGB V liegt eine unzulässige Zusammenarbeit im Sinne des Vertrages vor.
- (4) Bei Verstößen gegen die Absätze 1 bis 3 sind abgerechnete, von den Verstößen betroffene Leistungen vom Leistungserbringer gegenüber der Krankenkasse zu erstatten.

§ 12 Datenschutz

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, personenbezogene Daten nur nach Maßgabe der Datenschutzgesetze (insbesondere EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz, Datenschutzgesetze der Länder sowie Sozialgesetzbücher) zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Er stellt sicher, dass alle Per-

sonen, die von ihm zur Aufgabenerfüllung eingesetzt werden, auf Einhaltung des Datenschutzes unterwiesen und schriftlich verpflichtet worden sind.

§ 13 Überprüfung der Leistungserbringung

- (1) Die Krankenkassen können das vertragsgemäße Verhalten des Leistungserbringers überprüfen. Sofern die Krankenkasse zur Sicherung der Qualität in der Versorgung Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführt, ist der Leistungserbringer verpflichtet, der Krankenkasse die hierfür erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die unterzeichnete Bestätigung der / des Versicherten über die Durchführung der Beratung vorzulegen (s. § 4 Absatz 2). Soweit für die Prüfung notwendig, kann die Krankenkasse nach schriftlicher Einwilligung der / des Versicherten die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung anfordern. Die für die Prüfung erforderlichen Informationen / Dokumentationen müssen der Krankenkasse bzw. dem (sozial)medizinischen Dienst auf Verlangen unverzüglich übermittelt werden.
- (2) Die Krankenkassen sind nach § 3 Abs. 2 S. 3 MPBetreibV verpflichtet, die ordnungsgemäße Erfüllung der Pflichten aus der MPBetreibV durch den Leistungserbringer zu überwachen. Dazu stellt der Leistungserbringer den Krankenkassen auf Anfrage unverzüglich alle erforderlichen Informationen bereit und übermittelt die Dokumentation nach § 3 Abs. 3 S. 7 dieses Vertrages, die Nachweise hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen aus § 5 MPBetreibV sowie bei Anpassungen die Kopie der Erklärung gemäß § 9 Abs. 2 MPDG.
- (3) Von den Krankenkassen beauftragten Mitarbeitern ist zu den in § 4 genannten Geschäftszeiten der Zugang zu den Geschäftsräumen des Leistungserbringers einschließlich des Lagers zu ermöglichen. Der Besuch ist mindestens drei Werktage vorher unter Angabe der Gründe anzukündigen.

§ 14 Maßnahmen bei Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (1) Bei Verstößen gegen die aus diesem Vertrag erwachsenden Pflichten (z. B. Verpflichtungen gemäß §§ 4, 6 und 11 des Vertrages) können die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers über geeignete Maßnahmen befinden. Als Maßnahmen kommen Verwarnung, angemessene Vertragsstrafe oder die außerordentliche Kündigung dieses Vertrages in Betracht.
- (2) Bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen im Sinne von § 11 kann der Leistungserbringer für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden (vgl. auch § 128 Abs. 3 Satz 2 SGB V).
- (3) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen.
- (4) Schwerwiegende Verstöße sind durch die Krankenkassen der Stelle, die das (Präqualifizierungs-) Zertifikat gemäß § 2 erteilt hat, mitzuteilen.

§ 15 Vertragsbedingungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages oder der Anlagen nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 16 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am **1. Dezember 2021** in Kraft. Die in diesem Vertrag und in den Anlagen getroffene Absprachen ersetzen die in der Vergangenheit zu entsprechenden Produkten zwischen den Landesinnungsverbänden / Landesinnungen / Augenoptikerinnungen und der Krankenkasse getroffene Vereinbarungen.

(2) Der Vertrag oder auch einzelne Anlagen können mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende schriftlich gekündigt werden; ist in einer Anlage eine abweichende Kündigungsfrist vereinbart, gilt diese für die Anlage. Die jeweilige Kündigungsfrist gilt auch für Leistungserbringer, die über ihre Verbände bzw. Leistungserbringergruppen an der vertraglichen Versorgung teilnehmen. Das Recht der außerordentlichen Kündigung bleibt den Vertragspartnern bei schwerwiegenden Vertragsverstößen auch zu einem früheren Zeitpunkt vorbehalten. Sofern der Vertrag oder einzelne Anlagen nur durch die KNAPPSCHAFT bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse gekündigt werden, bleibt das Vertragsverhältnis mit dem anderen Vertragspartner und dem Leistungserbringer hiervon unberührt.

(3) Entfällt die Versorgungsberechtigung nach § 2, dürfen Leistungen nach diesem Vertrag nicht mehr erbracht werden. Bei einem Wegfall der Versorgungsberechtigung für einzelne Produktgruppen / Betriebssitze bleiben die Regelungen des Vertrages für die übrigen Produktgruppen / Betriebssitze hiervon unberührt.

Bochum / Düsseldorf, 15. Oktober 2021

KNAPPSCHAFT²

gez. Friedrich Stodt (Dezernent)

gez. Thomas Truckenbrod (ZVA-Präsident)

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

gez. Dr. Jan Wetzel (Geschäftsführer)

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

Anlagen:

1. Preisvereinbarungen und Absprachen zu Lieferungen
- 2a. Ermächtigungserklärung KNAPPSCHAFT
- 2b. Ermächtigungserklärung landwirtschaftliche Krankenkassen

² Die KNAPPSCHAFT ist kraft Vollmacht berechtigt, den Vertrag im Namen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu schließen. Einer gesonderten Unterzeichnung durch die landwirtschaftliche Krankenkasse bedarf es nicht.

Anlage 1

PG 25 (Sehhilfen)

zum Vertrag vom 15. Oktober 2021

zwischen einerseits

der **KNAPPSCHAFT Bochum**

Knappschaftstr. 1

44799 Bochum,

sowie

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft,**

Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als landwirtschaftliche Krankenkasse

Weißensteinstraße 70-72

34131 Kassel

im Folgenden Krankenkasse¹ genannt

und andererseits

Zentralverband der Augenoptiker und

Optometristen (ZVA)

Alexanderstraße 25a

40210 Düsseldorf

handelnd für die im Vertrag gemäß § 127 SGB V

benannten Landesinnungsverbände / Landesinnungen /

Augenoptikerinnungen

im Folgenden Leistungserbringer genannt

§ 1 Allgemeines

Diese Vereinbarung regelt in Ergänzung zu den vertraglichen Regelungen die Versorgung der bei der Krankenkasse Versicherten mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 25 des Hilfsmittelverzeichnisses, für die Festbeträge gemäß § 36 SGB V festgesetzt sind (mit Ausnahme elektronischer Lupen, Produktart 25.21.86.0), auf Basis der aktuellen Rahmenbedingungen in den jeweils gültigen Fassungen (Hilfsmittel-Richtlinie, Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 SGB V, Festbetragsregelung Sehhilfen). Die Anhänge A bis C gelten für Leistungserbringer, soweit und sobald die Teilnahme aufgrund aktueller Meldelisten oder Beitrittserklärungen ausgesprochen wird. Der Leistungserbringer trifft durch Ankreuzen eine Auswahl bezüglich der zwischen ihm und der Krankenkasse vereinbarten Anhänge.

§ 2 Qualität der Versorgung

1. Die im Rahmen der Versorgung zu erbringenden Leistungen beinhalten neben der fachgerechten Versorgung mit einem Hilfsmittel gemäß des Hilfsmittelverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung und den im Vertrag geregelten Pflichten des Leistungserbringers alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen. Hierzu zählen insbesondere Beratung, Lieferung, Einweisung in den bestimmungsgemäßen Gebrauch sowie die in den Allgemeinen Regelungen zum Festbetragsgruppensystem und zu den Festbeträgen für Sehhilfen der Produktgruppe 25 enthaltenen (Dienst-) Leistungen.
2. Die in dieser Anlage vereinbarten Versorgungsleistungen dürfen nur durch eigene qualifizierte Mitarbeiter/innen abgegeben werden.
3. Der Leistungserbringer kann im Fall einer vertragsärztlich verordneten Versorgung die Refraktionswerte (ohne Abrechnung der Position 25.99.99.0001 – Brillenglasbestimmung, binokular – und kostenfrei für Versicherte) prüfen. Gelangt der Leistungserbringer aufgrund seiner Prüfung zu Werten, die von der vertragsärztlichen Verordnung abweichen, so reicht er bei der Abrechnung zusammen mit der vertrags-

¹ auf den Einzelfall bezogene Regelungen sind jeweils auf die / den Versicherte / n zuständige Krankenkasse anzuwenden.

ärztlichen Verordnung einen Berechtigungsschein ein, aus dem sich die Werte der tatsächlich gelieferten Sehhilfe ergeben.

Wenn die vom Leistungserbringer ermittelten Werte die gesetzlich geforderten Mindestdioptrienwerte unterschreiten, kann keine Lieferung zu Lasten der Krankenkasse erfolgen.

§ 3 Genehmigungsverfahren

1. Die Versorgungen mit in den Anhängen A bis C preisvereinbarten Sehhilfen, für die Festbeträge gemäß § 36 SGB V festgesetzt sind, sind genehmigungsfrei.
2. Für Erstversorgungen von Sehhilfen nach dieser Anlage ist eine vertragsärztliche Verordnung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Augenheilkunde vorzulegen.
3. Auf Grundlage einer optometrischen Messung eines Augenoptikers (Berechtigungsschein nach Anhang 1) 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) und
 - ab. nach ICD 10-GM 2017 aufgrund der Seheinträchtigung 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.
4. Der vertragsärztlichen Verordnung müssen zu entnehmen sein:
 - a. die benötigte Produktart
 - b. die Diagnose(n).

5. Mitteilungen /Anfragen sind zu richten:
 - a. bei der **KNAPPSCHAFT** per ELEKTRONISCHEM Kostenvoranschlag (eKV). Sofern keine Übermittlung per eKV möglich ist, an die KNAPPSCHAFT, Fachzentrum für Hilfsmittel, 45095 Essen
 - b. bei der **landwirtschaftlichen Krankenkasse** an die zuständige Geschäftsstelle.
6. Die Krankenkasse kann abweichend von den Nummern 1 bis 5 die Regelungen zum Genehmigungsverfahren ändern oder die Zuständigkeit auf andere Dienststellen verlagern. Der Leistungserbringer berücksichtigt die Änderungen nach Eingang einer entsprechenden Mitteilung bzw. ab dem Zeitpunkt der Änderung.

§ 4 Vergütung

1. Die Krankenkasse vergütet die jeweils geltenden Festbeträge. Maßgeblich für die Anwendung der Festbeträge ist der Tag der Leistungserbringung.
2. Kostenvoranschläge nach freien Kalkulationen für die nach § 1 geregelten Hilfsmittel sind nicht zulässig.
3. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse entsteht erst mit der nachgewiesenen Übergabe der Sehhilfe, deren Empfang die / der Versicherte durch Unterschrift mit Angabe des Datums bestätigen muss. Lieferungen vor dem Verordnungsdatum sind nicht abrechnungsfähig.
4. Die gesetzliche Zuzahlung für die in dieser Anlage vereinbarten Produkte ist nach §§ 33, 61 SGB V zu entrichten.

§ 5 Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V

1. Die in dieser Anlage vereinbarten Produkte sind mit der Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern unter Verwendung der in den Anhängen A bis C genannten DTA-Schlüsselinhalte abzurechnen.
2. Der Abrechnung sind die ärztliche Verordnung oder der Berechtigungsschein gemäß § 3 Nr. 2 und 3 und der vollständige Liefernachweis / die Empfangsbestätigung beizufügen.
3. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen, ohne dass die Kontaktlinsenindikationen vorliegen (entsprechend § 33 Abs. 3 S. 3 SGB V), können die Festbeträge für die entsprechenden Brillengläser abgerechnet werden.

§ 6 Inkrafttreten

1. Diese Anlage tritt am 1. Dezember 2021 in Kraft.
2. Für alle in dieser Vereinbarung geregelten Sehhilfen, für die Festbeträge gemäß § 36 SGB V festgesetzt sind, gilt ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens ausschließlich diese Vereinbarung. Alle anderen betreffend Sehhilfen, für die Festbeträge gemäß § 36 SGB V festgesetzt sind, bestehenden Vereinbarungen verlieren ihre Gültigkeit.

Bochum / Düsseldorf, 15. Oktober 2021

KNAPPSCHAFT²

gez. Friedrich Stodt (Dezernent)

gez. Thomas Truckenbrod (ZVA-Präsident)

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

gez. Dr. Jan Wetzel (Geschäftsführer)

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

Anhänge:

Anhang 1	Berechtigungsschein
Anhang 2	Beratung / Mehrkostenerklärung
Anhang A-C	Preise

² Die KNAPPSCHAFT ist kraft Vollmacht berechtigt, den Vertrag im Namen der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu schließen. Einer gesonderten Unterzeichnung durch die landwirtschaftliche Krankenkasse bedarf es nicht.

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

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

Dokumentation über die Beratung/ Mehrkostenerklärung 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

AC/TK: 12 90 25B				
25. Produktgruppe „Sehhilfen“ Versorgungsbereich 25A, 25B, 25 C: Brillengläser (pro Stück), Folien für Brillengläser				
Abrechnungspos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
Einstärkengläser				
25.21.01.0900	Einstärkengläser, sphärisch $\leq \pm 6,0$ dpt, cyl $\leq +2,0$ dpt	16,23	19,31	00, 04, 10, 11
25.21.01.1900	Einstärkengläser, sphärisch $\leq \pm 6,0$ dpt, cyl $> 2,0$ dpt $\leq +4,0$ dpt	30,44	36,22	00, 04, 10, 11
25.21.01.2900	Einstärkengläser, sphärisch $> \pm 6,0$ dpt $< \pm 10,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	29,14	34,68	00, 04, 10, 11
25.21.01.3900	Einstärkengläser hochbrechend, sphärisch $\geq \pm 10,0$ dpt $\leq \pm 12,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	61,56	73,26	00, 04, 10, 11
25.21.01.4900	Einstärkengläser hochbrechend, sphärisch $> \pm 12,0$ dpt $\leq \pm 14,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	87,71	104,37	00, 04, 10, 11
Mehrstärkengläser				
25.21.02.0900	Mehrstärkengläser, Fernteil sphärisch $\leq \pm 6,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	81,08	96,49	00, 04, 10, 11
25.21.02.1900	Mehrstärkengläser, Fernteil sphärisch $> \pm 6,0$ dpt $< \pm 10,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	101,70	121,00	00, 04, 10, 11
25.21.02.2900	Mehrstärkengläser hochbrechend, Fernteil sphärisch $\geq \pm 10,0$ dpt $\leq \pm 12,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	140,80	167,56	00, 04, 10, 11
25.21.02.3900	Mehrstärkengläser hochbrechend, Fernteil sphärisch $> \pm 12,0$ dpt $\leq \pm 14,0$ dpt, cyl $\leq +4,0$ dpt	159,80	190,17	00, 04, 10, 11
Lentikulargläser				
25.21.03.0900	Einstärken-Lentikulargläser	85,16	101,34	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
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
25.21.12.0001	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
25.21.15.0001	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
Folien für Brillengläser				
25.21.20.1900	Okklusionsfolie	10,06	11,97	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
Abrechnungspositionen für Brillen				
25.99.99.0001	Brillenglasbestimmung (binokular)	13,44	15,99	00, 04, 10, 11

Erklärung zum Einsatz der Kennzeichen Hilfsmittel (HiMi)

00 = Neulieferung

04 = Nachlieferung

10 = Folgeversorgung

11 = Ersatzbeschaffung

AC/TK: 12 90 25C				
25. Produktgruppe „Sehhilfen“ Versorgungsbereich 25D: Kontaktlinsen (pro Stück)				
Abrechnungspos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
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
25.21.50.2001	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
25.21.50.4001	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
25.21.50.6001	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
25.21.50.8001	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
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
25.21.54.2001	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Erstversorgung	136,60	162,55	00
25.21.54.2002	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Nachlieferung, Folgeversorgung	103,70	123,40	04, 10
25.21.54.2003	Weiche Kontaktlinsen, torisch, sphärisch $\leq \pm 20,0$ dpt, cyl $\leq +6,0$ dpt; Ersatzbeschaffung	79,60	94,72	11

Anhang B zur Anlage 1 Preisliste

zum Vertrag Knappschaft/SVLFG über die Versorgung mit Sehhilfen durch Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vom 01.12.2021

Abrechnungspos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
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
25.21.57.0900	Verbandlinsen	23,95	28,50	00, 04, 10, 11
Abrechnungspositionen für Kontaktlinsen				
25.99.99.1001	Zuschlag für den erhöhten Anpassungsaufwand sphärisch $\geq \pm 15,0$ dpt und $\leq \pm 20,0$ dpt oder cyl $> +4,0$ dpt und $\leq +6,0$ dpt bei formstabilen Kontaktlinsen oder bei weichen Kontaktlinsen	20,90	24,87	00, 04, 10, 11
25.99.99.1002	Abschlag je Linse bei Versorgung durch den Augenarzt vom jeweiligen Festbetrag bei Kontaktlinsen. Er ist anzuwenden bei der Erstversorgung, der Nachlieferung und der Folgeversorgung. Bei der Ersatzbeschaffung von allen Kontaktlinsentypen, bei der Nachlieferung von Austauschkontaktlinsen oder bei der Verbandlinsenversorgung kommt der Abschlag nicht zur Anwendung.	10,98	13,07	
25.99.99.1003	Kontrolle in Verbindung mit dem Aufarbeiten und ggf. der Intensivreinigung einer formstabilen Kontaktlinse	11,00	13,09	

Erklärung zum Einsatz der Kennzeichen Hilfsmittel (HiMi)

00 = Neulieferung

04 = Nachlieferung

10 = Folgeversorgung

11 = Ersatzbeschaffung

AC/TK: 12 90 25D				
25. Produktgruppe „Sehhilfen“ Versorgungsbereich 25E: Vergrößernde Sehhilfen				
Abrechnungspos.Nr	Leistungsbeschreibung	Preis netto EUR	Preis brutto EUR	Kennzeichen HiMi
Vergrößernde Sehhilfen				
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

Erklärung zum Einsatz der Kennzeichen Hilfsmittel (HiMi)

00 = Neulieferung

04 = Nachlieferung

10 = Folgeversorgung

11 = Ersatzbeschaffung

Ermächtigungserklärung – KNAPPSCHAFT

nach § 9 Abs. 6 des Vertrages

Die von mir vertretene Firma

_____ IK: _____
ist aufgrund des Vertrages versorgungsberechtigt.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Abrechnungsstelle

Firma/Herr/Frau _____

(Name, Anschrift) _____

vom _____ an ermächtige, sämtliche von mir nach den Bestimmungen dieses
Vertrages für Versicherte der Knappschaft erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung
mit der Knappschaft abzurechnen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ermächtigungserklärung – SVLFG

nach § 9 Abs. 6 des Vertrages

Die von mir vertretene Firma

_____ IK: _____

ist aufgrund des Vertrages versorgungsberechtigt.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Abrechnungsstelle

Firma/Herr/Frau _____

(Name, Anschrift) _____

vom _____ an ermächtige, sämtliche von mir nach den Bestimmungen dieses
Vertrages für Versicherte der SVLFG erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit
der SVLFG abzurechnen.

Ort, Datum

Unterschrift