

**Vertrag**

**über die Versorgung mit  
Standard- und Spezialnahrung  
im Sinne des § 31 Abs. 5 SGB V**

**nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V**

zwischen der

**AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, vertreten durch den Vorstand,  
dieser vertreten durch Herrn Matthias Mohrmann

- nachfolgend AOK genannt –

und

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

## Inhalt

§ 1 Gegenstand des Vertrages .....	1
§ 2 Geltungsbereich.....	1
§ 3 Begriffsbestimmungen, Erläuterungen .....	1
§ 4 Voraussetzungen .....	2
§ 5 Grundsätze der Versorgung .....	3
§ 6 Qualitäts- und Versorgungsstandards .....	5
§ 7 Beginn und Ende der Leistungsberechtigung, Mitteilungspflichten .....	6
§ 8 Besondere Aufgaben des Verbandes.....	7
§ 9 Genehmigungsverfahren.....	8
§ 10 Vergütung .....	8
§ 11 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung.....	8
§ 12 Rechnungslegung .....	9
§ 13 Weiterleitung der Verordnungsblätter .....	9
§ 14 Datenübermittlung.....	9
§ 15 Rechnungsbegleichung.....	10
§ 16 Rechnungs- und Taxbeanstandungen.....	10
§ 17 Haftung und Verzug .....	11
§ 18 Datenschutz.....	11
§ 19 Werbung .....	12
§ 20 Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen .....	12
§ 21 Inkrafttreten und Kündigung .....	14
§ 22 Salvatorische Klausel.....	14
Anlage 1 - Qualitäts- und Versorgungsstandards .....	15
Anlage 2 – Beitritts- und Anerkennungserklärung .....	16
Anlage 3 – Vergütung .....	17
Anlage 4 – Elektronische Rezeptabrechnung/Datenaufbereitung.....	18
Anlage 4 a – Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung .....	21
Anlage 4 b – Sammelrechnung.....	22
Anlage 4 c – Abrechnungsbeträge je Leistungserbringer .....	23

Vertrag über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V

Anlage 4 d – Vergütung der Nacherfassung.....	24
Anlage 4 e – Differenzzusammenstellung .....	25
Anlage 5 – Erklärung des Leistungserbringers.....	31
Anlage 6 – Bestätigungserklärung der abrechnenden Stelle zur gesamtschuldnerischen Haftung	32

## § 1 Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag wird auf Grundlage der §§ 126 und 127 Abs. 2 und 2a SGB V nach öffentlicher Bekanntgabe und Vertragsverhandlung geschlossen.

(1) Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg mit Standard- und Spezialnahrung nach § 31 Abs. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V soweit die vorgenannten Leistungen nicht nach § 34 SGB V oder nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind. Die Produktspezifikationen für Standard- und Spezialnahrung entsprechen der Definition der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der aktuell gültigen Fassung.

(2) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung nach §§ 12 und 70 SGB V und § 135a SGB V sicherzustellen. Jede Versorgung muss insbesondere ausreichend und zweckmäßig erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Versichertenversorgung muss wirtschaftlich und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(3) Die im Inhaltsverzeichnis genannten Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die **Anlagen 1 - 6** stellen Muster mit Mindestinhalten dar. Sie können in ihrer Ausführung von dem im Vertrag abgebildeten Muster abweichen.

(4) Ein Recht auf exklusive Versorgung auf Seiten des Leistungserbringers besteht nicht.

## § 2 Geltungsbereich

(1) Der Vertrag gilt für die AOK und für den Leistungserbringer, sofern er die Voraussetzungen nach § 4 erfüllt. Er umfasst die Versorgung aller AOK-Versicherten sowie aller durch die AOK betreuten Anspruchsberechtigten.

(2) Der Versicherte hat das Recht auf die freie Wahl unter den Vertragspartnern. Die AOK informiert ihre Versicherten über die Vertragspartner, die Wahlrechte und die Leistungen, die ihnen gemäß Vertrag zustehen. Hierzu zählen insbesondere die Dienstleistungen und die im Vertrag geforderten beruflichen Qualifikationen der Vertragspartner. Übt der Versicherte sein Wahlrecht nicht aus, wird der Versorgungsauftrag an einen der Vertragspartner gegeben. Ein Anspruch auf Versorgungsaufträge durch den Vertragspartner kann aus diesem Vertrag nicht abgeleitet werden.

## § 3 Begriffsbestimmungen, Erläuterungen

(1) **Verband:** Der Begriff „Verband“ beinhaltet – soweit nicht anders bestimmt - sowohl den „Verband“ als auch die „sonstigen Zusammenschlüsse von Leistungserbringern“ im Sinne des § 127 Abs. 2 SGB V. Als „sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern“ und mithin als

„Verband“ gelten nur solche, die die gleichen Rechte und Pflichten wie ein Verband übernehmen. Die Rechte und Pflichten des Verbandes ergeben sich aus diesem Vertrag.

(2) **Verbandsvertrag:** Ein Verbandsvertrag kommt zwischen der AOK und dem Verband zustande. Der Verband ist kein Leistungserbringer. Der Verbandsvertrag alleine berechtigt den einzelnen Leistungserbringer nicht zur Abgabe und Abrechnung von Leistungen. Abweichendes davon kann vereinbart werden, wenn ein Verband aufgrund seiner Satzung im Verhältnis zu seinen Mitgliedern insoweit Abschlussbefugnis besitzt.

(3) **Mitgliedsbetrieb:** Um einen „Mitgliedsbetrieb“ im Sinne dieses Vertrages handelt es sich bei einem Leistungserbringer, welcher nachweislich einem Verband im Sinne des Absatzes 1 angehört.

(4) **Leistungserbringer:** Vertragspartner ist grundsätzlich der einzelne Leistungserbringer, dieser wird als Leistungserbringer bezeichnet. Im Falle eines sog. „Verbandsvertrages“ tritt die Vertragspartnerschaft des Verbandes im Rahmen der vertraglichen Rechte und Pflichten des Verbandes neben die Vertragspartnerschaft des Leistungserbringers. Der Leistungserbringer bleibt entsprechend vorrangig aus dem Vertrag verpflichtet.

(5) Alle Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, die im Vertrag und seinen Anlagen genannt werden, finden in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.

(6) Die im Vertrag enthaltenen Angaben beziehen sich grundsätzlich sowohl auf die männliche als auch die weibliche Form. Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die jeweilige zusätzliche Bezeichnung verzichtet.

#### **§ 4 Voraussetzungen**

(1) Um eine qualitativ hochwertige, fach- und funktionsgerechte Versorgung der Versicherten der AOK zu garantieren, hat jeder Leistungserbringer seine Qualifikation nachzuweisen. Der Leistungserbringer muss die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V erfüllen.

(2) Der Leistungserbringer hat die Grundeignung zur Abgabe von Hilfsmitteln nach den Regelungen des sogenannten Präqualifizierungsverfahrens gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2, Absatz 1a SGB V nach den hierfür geltenden Vorschriften durch Vorlage einer Bestätigung einer nach diesen Vorschriften geeigneten Stelle nachzuweisen.

(3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, alle Änderungen von Tatsachen, die seine Versorgungsberechtigung, ihren Umfang, ihre Einschränkung oder Beendigung betreffen, unverzüglich der AOK schriftlich mitzuteilen.

(4) Der Leistungserbringer bestätigt mit seiner Beitrittserklärung zu diesem Vertrag, dass er die in § 4 Abs. 2 genannten Voraussetzungen erfüllt. Die AOK ist berechtigt, in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen, ob diese Voraussetzungen vom Leistungserbringer erfüllt werden. Soweit die AOK feststellt, dass der beitragswillige Leistungserbringer nicht die Voraussetzungen erfüllt, kann dem Beitritt widersprochen werden.

(5) Ist ein Verband der Vertragspartner der AOK Rheinland/Hamburg, so vereinbaren die Parteien, dass der Verband zur administrativen Erleichterung für die AOK die Versorgungsberechtigung seiner Mitglieder nach § 126 SGB V überprüft. Die AOK ist jederzeit berechtigt, durch Stichproben zu überprüfen, ob der Verband seiner Prüfungspflicht ordnungsgemäß nachkommt, und kann ihm ggf. das Prüfungsmandat entziehen.

(6) Grundsätzlich gelten für die Zulassung nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Empfehlungen des GKV- Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung.

## **§ 5 Grundsätze der Versorgung**

(1) Voraussetzung für die Abgabe der in § 1 bezeichneten Standard- und Spezialnahrung ist die Vorlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung im Original. Es finden ausschließlich die im Bundesmantelvertrag Ärzte vereinbarten Verordnungsblätter (Muster 16) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Rezeptkopien werden nicht akzeptiert.

(2) Ärztliche Verordnungen, die die gemeinsame Verordnung von Hilfsmitteln und Produkten nach § 1 dieses Vertrages enthalten, werden unbearbeitet zurückgewiesen. Solche Mischverordnungen sind zur Korrektur an den verordnenden Arzt zurückzugeben.

(3) Die Angaben auf den Verordnungsblättern müssen vollständig der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung - AMVV) sowie der Anlage 2 („Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“) des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) gemäß § 82 Abs. 1 SGB V entsprechen. Hierzu gehören u.a. folgende Angaben:

- a. Namen der Krankenkasse
- b. Kassennummer
- c. Name, Vorname, Anschrift, Geb.-Datum des Versicherten
- d. Versichertennummer
- e. Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR)
- f. Gültigkeit der Versichertenkarte
- g. Ausstellungsdatum
- h. Den Versichertenstatus (einschließlich der Kennzeichnung nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
- i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
- j. Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
- k. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
- l. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend
- m. Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
- n. Die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach Signaturgesetz
- o. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck mit folgenden Inhalten: Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen Person (verschreibende Person) einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme.

Daneben sind die Angaben entsprechend Absatz 5 vor der Abrechnung zwingend erforderlich.

(4) Die Angaben gemäß Absatz 3 sowie Absatz 5 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen; ein Fehlen einzelner Angaben nach Buchstaben a. oder b., c. oder d., e., f. und h. bis m. berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung; Mindestangaben sind jedoch a. oder b., c. oder d. und g. sowie die Angaben nach Absatz 5, die vollständig auf der Verordnung angegeben sein müssen. Formfehler können im Einzelfall vom Leistungserbringer geheilt werden. Änderungen sind vom Leistungserbringer abzuzeichnen.

(5) Dauerverordnungen werden nicht akzeptiert. Die Verordnung der in § 1 bezeichneten Standard- und Spezialnahrung muss folgende Angaben enthalten:

	Ohne Angabe des Produktnamens	Mit Angabe des Produktnamens
Standardnahrung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>„Standardnahrung enteral“</b> oder <b>„Standardnahrung als Trinknahrung“</b></li> <li>- Angabe der Kaloriendichte pro 1 Milliliter ( kcal /1 ml)</li> <li>- Angabe des Kalorienbedarfs (kcal) pro Tag sowie ggf. altersadaptiert für Kinder oder Säuglinge</li> <li>- <b>„Monatsbedarf“</b> oder max. <b>3-Monats-Bedarf</b></li> <li>- Bei kürzeren Zeiträumen als Monats- oder 3-Monatsbedarf: <b>Angabe des Versorgungszeitraums in Tagen</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konkrete Bezeichnung des Produktnamens</li> <li>- <b>konkrete Stückzahl</b> der Einzelpackungen bzw. – sofern vorhanden - Sammelpackungen für den Versorgungszeitraum in Tagen (bei kürzeren Zeiträumen als Monats- oder 3-Monatsbedarf), Monatsbedarf oder max. 3-Monats-Bedarf</li> </ul>
Spezialnahrung	Nicht möglich	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konkrete Bezeichnung des Produktnamens</li> <li>- <b>konkrete Stückzahl</b> der Einzelpackungen bzw. – sofern vorhanden - Sammelpackungen für den Versorgungszeitraum in Tagen (bei kürzeren Zeiträumen als Monats- oder 3-Monatsbedarf), Monatsbedarf oder max. 3-Monats-Bedarf</li> </ul>

Der Leistungserbringer ist umgehend nach Vertragsschluss verpflichtet, die verordnenden Ärzte von Standard- und Spezialnahrung bei Beginn der Versorgung darüber zu unterrichten, dass eine Verordnung wie in § 5 Abs. 5 dieser Vereinbarung ausgestellt werden muss. Dieser Verpflichtung kommt ebenfalls die AOK nach.

(6) Der vom Arzt verordnete Bedarf der Produkte nach § 1 dieses Vertrages ist nach 12 § SGB V in ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Stückzahl an Packungen bzw. Packungsgrößen (Bündelpackungen) zu beliefern. Es muss immer die wirtschaftlichste Packungsgröße gewählt werden.

(7) Sämtliche Änderungen und Ergänzungen der Verordnungen bedürfen einer erneuten Unterschrift mit Stempel und Datumsangabe des verordnenden Arztes.

(8) Alle Unterlagen, welche auf Basis dieses Vertrages einzureichen sind, sind im Original einzureichen, sofern im Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.

(9) Die AOK ist berechtigt, jede Lieferung in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen.

(10) Die Versorgung ist unverzüglich, jedenfalls innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer, zu beginnen. Bei Folgeversorgungen hat die Warenlieferung innerhalb von zwei Werktagen oder zu dem Termin zu erfolgen, den der Versicherte wünscht.

(11) Der Leistungserbringer darf keine Versorgung ablehnen und hat die durchgängige Versorgung aller Anspruchsberechtigten der AOK in dem gesamten Versorgungszeitraum mit den benötigten Produkten nach § 1 dieses Vertrages im jeweils medizinisch notwendigen und vom verordnenden Arzt vorgegebenen Umfang sicherzustellen.

(12) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats nach Ausstellungsdatum beliefert werden.

(13) Erstverordnungen im Zusammenhang mit Klinikentlassungen haben dem § 39 SGB V sowie den Inhalten nach § 5 Abs. 3 dieses Vertrages zu entsprechen. Danach gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung. Auch bei der Erstversorgung dürfen folglich ausschließlich die im Bundesmantelvertrag Ärzte vereinbarten Verordnungsblätter (Muster 16) in der jeweils gültigen Fassung verwendet werden.

(14) Verband und Leistungserbringer verhalten sich hinsichtlich der Versorgung der AOK-Versicherten krankenkassenneutral und werden die vertraglichen Ziele nach innen und außen objektiv und umfassend darstellen.

(15) Der Leistungserbringer muss vor Versorgung der Produkte nach § 1 dieses Vertrages sicherstellen, dass diese mit den zur Verabreichung notwendigen Hilfsmitteln kompatibel sind.

## **§ 6 Qualitäts- und Versorgungsstandards**

(1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die in **Anlage 1** aufgeführten Qualitäts- und Versorgungsstandards zu erfüllen.



(2) Die AOK ist berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung in geeigneter Weise zu überprüfen.

## **§ 7 Beginn und Ende der Leistungsberechtigung, Mitteilungspflichten**

### (1) Vertrag eines einzelnen Leistungserbringers:

Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen beginnt für Leistungserbringer mit dem Tag und in dem Umfang, den die AOK dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt hat. Für diese Mitteilung ist es erforderlich, dass der Leistungserbringer den hiesigen Vertrag und die dazugehörigen **Anlagen 1 bis 6** – soweit erforderlich – unterschrieben im Original der AOK übersandt hat und alle erforderlichen Voraussetzungen gemäß § 4 dieses Vertrages nachgewiesen wurden. Das Beginndatum nach Satz 1 richtet sich nach dem Tag, an dem der vollständige, schriftliche Nachweis über alle erforderlichen Voraussetzungen bei der AOK vorliegt.

### (2) Beitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V:

Bei einem Beitritt gemäß § 127 Abs. 2a SGB V richtet sich der Beginn nach Absatz 1, jedoch mit der Maßgabe, dass anstelle des Vertrages die Beitritts- und Anerkenntniserklärung der **Anlage 2** unterschrieben im Original an die AOK zu übersenden ist.

### (3) Verbandsvertrag:

Voraussetzung für die Teilnahme eines Mitgliedsbetriebes an einem Verbandsvertrag ist ein wirksamer Vertrag zwischen dem Verband und der AOK. Die Leistungsberechtigung des einzelnen Mitgliedsbetriebes richtet sich nach Absatz 1, wobei der entsprechende Nachweis durch das Mitglied in diesem Falle gegenüber dem Verband zu erfolgen hat. Der Verband bestätigt nach eigener Prüfung gegenüber der AOK, dass sämtliche vertraglichen Voraussetzungen vorliegen und teilt der AOK das Datum des Vorliegens sämtlicher notwendiger Unterlagen (Beginndatum) mit. Auf dieser Basis teilt die AOK dem Mitgliedsbetrieb das Beginndatum und den Umfang seiner Berechtigung mit, sobald die Beitritts- und Anerkenntniserklärung (**Anlage 2**) von diesem unterschrieben im Original bei der AOK vorliegt. Die Gewähr für die Richtigkeit der Prüfung und Übermittlung der Angaben übernimmt der vertragsschließende Verband.

### (4) Verbandsvertrag mit Abschlussvollmacht:

Soweit verbandsinterne Regelungen vorsehen, dass Mitgliedsbetriebe automatisch als Leistungserbringer an dem von diesem Verband geschlossenen Vertrag teilnehmen, gilt Abs. 3 entsprechend, mit der Maßgabe, dass die Notwendigkeit des Nachweises der Beitritts- und Anerkennungserklärung (**Anlage 2**) gegenüber der AOK entfällt.

Weitere Nachweiserfordernisse über die Erfüllung der jeweils erforderlichen Voraussetzungen nach näherer Bestimmung dieses Vertrages bleiben von dieser Regelung unberührt. Der betreffende Verband hat Gewähr dafür zu übernehmen, dass die Mitgliedsbetriebe die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen; auf § 8 wird verwiesen. Nach Erhalt aller insoweit notwendigen Informationen teilt die AOK dem Mitgliedsbetrieb das Beginndatum und den Umfang seiner Leistungsberechtigung mit.

(5) Mitteilungspflichten:

Änderungen, welche sich auf die Teilnahme- und/oder Leistungsberechtigung auswirken, sind der AOK unverzüglich mitzuteilen. Im Falle eines Verbandsvertrages kann die Mitteilung des Leistungserbringers auch über den Verband an die AOK erfolgen.

Sofern für den Verband oder den Leistungserbringer nicht eindeutig ist, ob die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen oder sich Änderungen auf die Teilnahme- und/oder Leistungsberechtigung nach diesem Vertrag auswirken, sind diese Sachverhalte unverzüglich in geeigneter Art und Weise der AOK zur Prüfung und Entscheidung dieser Frage mitzuteilen.

(6) Ende der Leistungsberechtigung:

Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen endet automatisch, ohne dass es einer Kündigung beziehungsweise eines Widerrufs der Leistungsberechtigung bedarf, sobald eine der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend Abs. 1 Satz 2 nicht oder nicht mehr in dem erforderlichen Umfang erfüllt ist.

Darüber hinaus endet die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen mit dem Tod des Leistungserbringers automatisch, ohne dass es einer Kündigung beziehungsweise eines Widerrufs der Leistungsberechtigung bedarf. In begründeten Einzelfällen können sich die Vertragspartner über eine davon abweichende Regelung gesondert und schriftlich verständigen.

Im Falle einer Kündigung des hiesigen Vertrages endet die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen im Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung.

Lieferungen, die vor dem Tod des Versicherten erfolgt sind, dürfen noch abgerechnet werden.

## **§ 8 Besondere Aufgaben des Verbandes**

(1) Der Verband übernimmt für seine Mitgliedsbetriebe die Vertragsverhandlungen.

(2) Jeder Mitgliedsbetrieb ist berechtigt, als Leistungserbringer an diesem Vertrag teilzunehmen, wenn alle im Vertrag und den Anlagen jeweils geforderten Voraussetzungen vorliegen, gegenüber dem Verband nachgewiesen und durch diesen geprüft wurden. Der Verband verpflichtet sich, die vorgenannten Unterlagen für die Dauer der Teilnahme des Leistungserbringers an diesem Vertrag aufzubewahren. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 meldet der Verband der AOK innerhalb von 14 Tagen den betreffenden Mitgliedsbetrieb und übermittelt eine Kopie der Präqualifizierungsurkunde bzw. der Eignungsfeststellung der AOK und die unterzeichnete Beitritts- und Anerkennungserklärung (**Anlage 2**) im Original. Der Verband bestätigt damit die Erfüllung aller erforderlichen Vertragsvoraussetzungen durch den jeweiligen Mitgliedsbetrieb und übernimmt mit Übersendung dieser Unterlagen die Gewähr für die Richtigkeit der Voraussetzungen. Die AOK hat die Berechtigung, das Vorliegen der erforderlichen Vertragsvoraussetzungen im Einzelfall zusätzlich selbst zu überprüfen und die dazu erforderlichen Nachweise beim Verband anzufordern. Die AOK und der Verband verständigen sich auf einen verbindlichen Standard der Übermittlungsform und -inhalte.

(3) Der Verband übermittelt der AOK jeweils bei Änderungen, mindestens jedoch einmal jährlich, eine elektronische Übersicht (Excel-Datei) des aktuellen Verzeichnisses der Mitgliedsbetriebe einschließlich der Angaben zu jedem einzelnen Mitgliedsbetrieb hinsichtlich der Produkte nach § 1

dieses Vertrages, für welche dieser seinen Beitritt gegenüber der AOK erklärt hat. Die AOK und der Verband verständigen sich auf einen verbindlichen Standard der Übermittlungsform, -anlässe und -inhalte.

(4) Der Verband informiert die AOK unverzüglich nach Bekanntwerden, wenn

- ein Mitgliedsbetrieb aus dem Verband ausscheidet oder
- sich Änderungen bei einem Mitgliedsbetrieb ergeben, welche sich auf die Vertragsvoraussetzungen oder die Leistungsberechtigung auswirken.

(5) Der Verband stellt grundsätzlich sicher, dass die begonnene Versorgung mit Produkten nach § 1 dieses Vertrages insbesondere bei Tod, Geschäftsaufgabe, Ausfall der fachlichen Leitung, Insolvenz und bei Wegfall der vertraglichen Voraussetzungen durch einen anderen vertraglich entsprechend eingebundenen Leistungserbringer übernommen wird. Sofern der Verband der AOK mitteilt, dass eine Versorgung nach Satz 1 nicht oder nicht zeitnah über den Verband realisiert werden kann, stellt die AOK die Versorgung sicher.

## **§ 9 Genehmigungsverfahren**

Eine Genehmigung für die Produkte nach § 1 dieses Vertrages ist nicht erforderlich.

## **§ 10 Vergütung**

(1) Die Vergütung richtet sich nach der **Anlage 3**. Alle Preise im Rahmen dieses Vertrages sind Nettopreise zuzüglich der jeweils zum Zeitpunkt der Versorgung gültigen Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer oder MwSt.).

(2) Mit der Vergütung ist der im Vertrag beschriebene Leistungsumfang abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung einer Zahlung oder Kostenbeteiligung neben der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung gegenüber dem Versicherten der AOK ist unzulässig und darf weder gefordert noch angenommen werden.

(3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor Leistungsinanspruchnahme über die gesetzliche Zuzahlung gemäß § 31 Abs. 3 und 5 SGB V zu informieren. Die Zuzahlung ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vom Leistungserbringer einzubehalten. Sie ist dem Versicherten durch den Leistungserbringer auf Wunsch kostenlos zu quittieren.

## **§ 11 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung**

(1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Ergänzend gelten die Bestimmungen dieses Abschnittes.

(2) Der Leistungserbringer kann zur Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren oder sonstige Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen. Diese rechnen nach den

Vertrag über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V

Bestimmungen der Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung sowie Nacherfassung von Arztfelddaten in der jeweils geltenden Fassung (**Anlage 4**) ab, soweit dort abweichende Regelungen getroffen sind.

## **§ 12 Rechnungslegung**

(1) Der Leistungserbringer rechnet seine Leistungen nach der Abrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V ab.

(2) Eine Rechnung besteht mindestens aus folgenden Angaben:

- Rechnungsdatum
- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers
- Gesamtbetrag (brutto)
- Gesamtbetrag (netto)
- Gesamtbetrag Zuzahlung
- Auflistung der abgegebenen PZN / ggf. Sonder-PZN
- Faktor
- Gesamtzahl der Verordnungsblätter

unter Beifügung der zugrunde liegenden Verordnungen oder Images.

(3) Zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 2 ist eine elektronische Rechnung (RECP) innerhalb von 4 Tagen nach Versand der Rechnung nach Absatz 2 entsprechend der Anlagen dieses Vertrages zu übermitteln.

(4) Der Leistungserbringer rechnet grundsätzlich spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit der AOK oder den von dieser benannten Stellen ab.

(5) Rechnet der Leistungserbringer entgegen Absatz 4 erst verspätet nach Ablauf des Monats März des Folgejahres ab, vergütet die AOK mindestens 25 v. H. des vereinbarten Nettopreises für die Produkte nach § 1 dieses Vertrages.

## **§ 13 Weiterleitung der Verordnungsblätter**

Die abgerechneten Verordnungsblätter sind spätestens einen Monat nach Ablauf des Monats, in dem die Abgabe erfolgte, an die AOK oder an die von diesen benannten Stellen weiterzuleiten. Die Verordnungsblätter werden nach Belegnummern in aufsteigender Reihenfolge sortiert angeliefert.

## **§ 14 Datenübermittlung**

(1) Die Übermittlung der Daten auf Datenträgern oder per Datenfernübertragung nach der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt spätestens einen Monat nach Ablauf des Monats, in dem die Verordnung durch den Leistungserbringer beliefert wurde.

(2) Die Erfassung und Übermittlung der Angaben auf dem Verordnungsblatt nach § 5 Abs. 2 Buchst. b. bis m. (außer c. und f.), die Nacherfassung von Arztfelddaten nach § 6 Abs. 6 und 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V sowie die Vergütung der nacherfassten Daten richtet sich nach § 4 Absatz 2 der **Anlage 4** dieses Vertrages.

(3) Die Verordnungsblätter in digitalisierter Form (Images) sind einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, für die AOK oder für die von diesen benannten Stellen bereitzuhalten. Im Übrigen gelten die Regelungen des § 4 Abs. 3 der **Anlage 4** dieses Vertrages.

## § 15 Rechnungsabgleichung

(1) Die Rechnungen sind unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen.

(2) Die AOK ist berechtigt, den Zahlungsweg zu wählen. Als Tag der Zahlung 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 nächstfolgenden Arbeitstag.

(3) Die Begleichung der Rechnung durch die AOK an die vom Leistungserbringer beauftragte Stelle (vgl. **Anlage 5**) erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der AOK liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der beauftragten Stelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die abrechnende Stelle anlässlich der Abrechnung die AOK, so haften Leistungserbringer und die abrechnende Stelle gesamtschuldnerisch. Forderungen der AOK gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der abrechnenden Stelle aufgerechnet werden. Eine diesbezügliche gesamtschuldnerische Haftung ist durch den Leistungserbringer sicherzustellen und über die **Anlage 6** dieses Vertrages nachzuweisen. Ist die Aufrechnung gegenüber der abrechnenden Stelle gemäß § 16 dieses Vertrages zum Zeitpunkt der Forderungsstellung durch die AOK nicht möglich, wird die Forderung direkt an den Leistungserbringer gestellt. Wird diese Forderung nicht innerhalb von 10 Tagen nach Eingang beglichen, fällt eine zusätzliche Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10 % des ursprünglichen Forderungsbetrages an, die von diesem zusätzlich zu begleichen ist.

## § 16 Rechnungs- und Taxbeanstandungen

(1) Beanstandete Verordnungen (Kopien/Images sind ausreichend) müssen von der AOK dem Leistungserbringer oder den Rechenzentren nach **Anlage 4** innerhalb von 10 Monaten nach Schluss des Quartals zugestellt werden, in dem die Datenträger und Verordnungen eingegangen sowie die Images bereitgehalten worden sind. Bei Vollabsetzung werden die Originalverordnungen von der AOK angefordert und dem Leistungserbringer nach Erhalt übermittelt. Die Prüfung der Taxationen von Verordnungen berücksichtigt auch Differenzen zugunsten der Leistungserbringer.

(2) Einsprüche gegen Taxdifferenzen können vom Leistungserbringer innerhalb von vier Monaten geltend gemacht werden.

(3) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von vier Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der AOK zu erfolgen. Wird diese Frist ohne Stellungnahme zur Sache überschritten, gelten die Einsprüche als anerkannt.

(4) Bei einem Fehlen einzelner Angaben nach § 5 Abs. 3 Buchst. g. (Ausstellungsdatum), n. (Unterschrift des Vertragsarztes) oder o. (Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck) kann die Verordnung zurückgewiesen werden. In diesen Fällen hat die AOK die Originalverordnung an den Leistungserbringer zurückzusenden. Eine Heilung ist nur durch den Vertragsarzt möglich; die fehlenden Angaben sind auf dem Verordnungsblatt aufzutragen und bedürfen der Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe. Danach kann das Verordnungsblatt erneut über das Rechenzentrum abgerechnet werden. Abweichend ist eine Heilung bei Fehlen einzelner Angaben nach § 5 Abs. 5 nicht möglich. Nach Erstabrechnung wird in diesen Fällen keine erneute Abrechnungsmöglichkeit eingeräumt – dies auch nicht, wenn entsprechende Ergänzungen bzw. Korrekturen des Musters 16 vorgenommen wurden.

## **§ 17 Haftung und Verzug**

(1) Der Leistungserbringer übernimmt die Gewähr für eine einwandfreie Qualität bei der Auslieferung. Der Leistungserbringer haftet für die bei der Leistungserbringung nach diesem Vertrag ggf. entstehenden Schäden, die dem Versicherten, der AOK oder Dritten durch die Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages entstehen, die mangelhaft ausgeliefert worden sind. Eine Haftung der AOK für Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch die Leistungserbringung entstehen, ist ausgeschlossen. Ebenso ist der Rückgriff auf den Versicherten und/oder dessen Hilfsperson ausgeschlossen, sofern keine schuldhafte oder fahrlässige Schadensverursachung durch den Versicherten oder seine Hilfsperson vorliegt.

(2) Zur Erfüllung der Vorschriften nach Abs. 1 schließt der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ab. Der Leistungserbringer hat der AOK das Ende der Versicherung unverzüglich mitzuteilen.

(3) Stellt der Leistungserbringer die bedarfsgerechte Versorgung nicht lückenlos sicher, gerät er in Verzug, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn er innerhalb der in diesem Vertrag genannten Fristen (z.B. § 5 Abs. 12) nach Auftragserteilung die Versorgung nicht gewährleistet hat. Die dadurch entstehenden Mehrkosten, z.B. durch die Versorgungen durch einen anderen Leistungserbringer, gehen zu Lasten des Leistungserbringers. Weitergehende Rechte bleiben unberührt. Die AOK behält sich eine Aufrechnung nach § 16 Abs. 1 vor.

## **§ 18 Datenschutz**

(1) Der Verband und die Leistungserbringer sind verpflichtet, die allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (BDSG, §§ 67 bis 85 SGB X) zu beachten. Insbesondere dürfen personenbezogene Daten ausschließlich zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(2) Der Verband und die Leistungserbringer unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten und deren Erkrankung der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind die im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der AOK.

(3) Der Verband und die Leistungserbringer sind verpflichtet, das Personal über die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes sowie die vertraglichen Regelungen, insbesondere Absatz 1 und 2, zu informieren und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen. Ebenso trifft sie die Verpflichtung, nur Personen zu beschäftigen, die dem Datengeheimnis nach § 5 BDSG verpflichtet sind.

(4) Näheres zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens und des Datenträgeraustauschs regelt die **Anlage 4**.

### **§ 19 Werbung**

(1) Der Leistungserbringer darf Ärzte oder Versicherte nicht zur Belieferung durch sein Unternehmen von Produkten nach § 1 dieses Vertrages motivieren oder beeinflussen oder in einer anderen personenbezogenen Weise werben. Das Recht auf freie Wahl des Versicherten bleibt unberührt. Zahlungen des Leistungserbringers für die vorgenannten Zwecke an verordnende Ärzte sind unzulässig. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind grobe Verstöße gegen diesen Vertrag (vgl. § 20).

(2) Notwendige Beratungen mit dem Vertragsarzt und/oder dem Versicherten über die Versorgung mit Produkten nach § 1 dieses Vertrages sind nicht ausgeschlossen.

(3) Werbemaßnahmen der Leistungserbringer dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen.

### **§ 20 Verstöße gegen gesetzliche und vertragliche Bestimmungen**

(1) Es gilt § 128 Absatz 6 SGB V.

(2) Erfüllt ein Leistungserbringer die sich aus dieser Vereinbarung und/oder gesetzlichen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen nicht, so kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen eine Verwarnung aussprechen oder bei wiederholten oder groben Verstößen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis 25.000 EUR verlangen.

(3) Bei wiederholten oder groben Verstößen kann die AOK den Vertrag fristlos kündigen und den Leistungserbringer bis zu einer Dauer von zwei Jahren von der Belieferung mit Produkten nach § 1 dieses Vertrages ausschließen.

(4) Die Vertragsmaßnahmen nach den Abs. 2 und 3 können auch nebeneinander verhängt werden.

(5) Als Vertragsverstöße sind zum Beispiel anzusehen:

## Vertrag über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V

- Abrechnungsmanipulationen, die schuldhaft im Zusammenhang mit Falschabrechnungen getätigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berechnung von Produkten nach § 1 dieses Vertrages, die nicht geliefert oder von Leistungen, die nicht erbracht wurden sowie die Abrechnung Produkten nach § 1 dieses Vertrages, die nicht der ärztlichen Verordnung entsprechen.
- Die Abrechnung einer ordnungsgemäßen Leistung, die aber auf einer bewussten Fehlinformation des verordnenden Arztes durch den Leistungserbringer über den Versicherten beruht. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Leistungserbringer falsche Angaben über den Versicherten übermittelt, die eine ärztliche Verordnung zur Folge haben, die eine nicht notwendige Leistung betrifft.
- Die Nichterfüllung der fachlichen, personellen und/oder räumlichen Voraussetzungen nach § 4 dieses Vertrages.
- Qualitätsmängel von Produkten nach § 1 dieses Vertrages, die eine Gefährdung des Versicherten zur Folge haben können. Die Bewertung, ob ein Qualitätsmangel vorliegt, erfolgt grundsätzlich durch einen öffentlich vereidigten Sachverständigen.
- Die Forderung bzw. Annahme von Zahlungen zu Vertragsleistungen durch die Versicherten, die nicht den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entsprechen.
- Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder das Erlangen anderer geldwerter Vorteile.
- Verstöße gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder die Vertraulichkeit.

(6) Als Gesetzesverstöße sind zum Beispiel anzusehen:

- die Abgabe von Produkten nach § 1 dieses Vertrages aus Depots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen entgegen § 128 Abs. 1 SGB V,
- wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Produkten nach § 1 dieses Vertrages beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung Produkten nach § 1 dieses Vertrages gewähren,
- wenn Leistungserbringer entgegen § 128 Abs. 2 SGB V für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung Produkten nach § 1 dieses Vertrages von Vertragsärzten erbracht werden, eine Vergütung zahlen.

(7) Unabhängig von den Maßnahmen nach den Abs. 1 und 2 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Das Recht der AOK zur Nachprüfung und Berichtigung nach § 13 bleibt von Vertragsmaßnahmen unberührt.

(8) Die AOK kann den Verzicht auf die Genehmigung nach § 9 einseitig ändern, insbesondere eine Genehmigungspflicht einführen, sofern ein Vertragsverstoß nach § 20 vorliegt.



## § 21 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am \_\_\_\_\_ in Kraft und hat eine Mindestlaufzeit von 2 Jahren. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2018, schriftlich gekündigt werden.

(2) Kündigungen und Änderungen bedürfen der Schriftform.

(3) Alle übrigen Verträge oder Teile von Verträgen der AOK mit dem Leistungserbringer bzw. Verband, die die Versorgung mit Produkten nach § 1 dieses Vertrages betreffen, treten mit Abschluss dieses Vertrages hinter die Regelungen dieses Vertrages und seiner Anlagen zurück.

## § 22 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt diejenige Bestimmung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits Gewollten am nächsten kommt.

Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
[Ort] [Datum]

\_\_\_\_\_  
[Vor- u. Zuname,  
Funktion des Unterzeichners]

\_\_\_\_\_  
[Stempel/Unterschrift]

AOK Rheinland/Hamburg:

Düsseldorf, \_\_\_\_\_  
[Ort] [Datum]

\_\_\_\_\_  
Matthias Mohrmann,  
Mitglied des Vorstandes

\_\_\_\_\_  
AOK [Stempel/Unterschrift]

## **Anlage 1 - Qualitäts- und Versorgungsstandards**

### **Personelle Standards:**

- (1) Der Leistungserbringer erfüllt die in § 4 dieses Vertrages genannten Anforderungen.
- (2) Die im Rahmen der Leistungserbringung eingesetzten Mitarbeiter des Vertragspartners müssen für die Leistungserbringung fachlich qualifiziert und therapeutisch erfahren sein. Beratungen und Anleitungen darf nur das Personal des Vertragspartners vornehmen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeiter durch regelmäßige Information und Einweisung (z.B. durch die Hersteller der Produkte nach § 1 dieses Vertrages) für die Leistungserbringung weitergebildet sind.

### **Produktstandards:**

- (1) Die Leistungserbringung und ggf. Auswahl der Produkte nach § 1 dieses Vertrages entspricht der ärztlichen Verordnung.
- (2) Eine qualitativ hochwertige Versorgung wird garantiert

### **Servicestandards:**

- (1) Sofern eine Lieferung der Produkte nach § 1 dieses Vertrages notwendig ist, erfolgt diese frei Haus.
- (2) Die Versorgung ist unverzüglich, jedenfalls innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer, zu beginnen.
- (3) Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung unverzüglich mit dem Versicherten ein persönliches Beratungs- und Informationsgespräch zur individuellen Bedarfsermittlung sowie über die Auswahl der Produkte nach § 1 dieses Vertrages durch – sofern eine Produkt-Auswahl im Rahmen der ärztlichen Verordnung möglich ist.
- (4) Ist der Versicherte nicht in der Lage, der Beratung und Anleitung zur Versorgung zu folgen, wird diese für die Betreuungsperson, die Pflegeperson oder die pflegenden Angehörigen und/oder bei Bedarf den beteiligten Pflegedienst oder das Pflegepersonal in vollstationären Einrichtungen durchgeführt.
- (5) Bei festgestellten Komplikationen wird umgehend der behandelnde Arzt informiert.

## Anlage 2 – Beitritts- und Anerkennungserklärung

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Vertrag über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach § 127 Abs. 2 bzw. 2a SGB zwischen der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse und dem Vertragspartner ab dem \_\_.\_\_.\_\_\_\_ als

- Mitgliedsbetrieb des vertragsschließenden Verbandes .....
- Einzelunternehmen, das nicht Mitglied eines Verbandes ist.

Ich erkenne den Vertrag in seiner Gesamtheit an und erkläre ausdrücklich, dass ich die vertraglichen Voraussetzungen erfülle. Der Nachweis gegenüber der AOK, dass die vertraglichen Voraussetzungen im erforderlichen Umfang vollständig erfüllt sind, ist erfolgt. Bestehende Unklarheiten im Zusammenhang mit den detaillierten vertraglichen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung habe ich im Vorfeld der Unterzeichnung dieser Erklärung abschließend geklärt. Mir ist bewusst, dass falsche oder unvollständige Angaben zum Ausschluss von dem Vertragsbeitritt bzw. der Vertragsteilnahme führen können.

Diese Erklärung gilt für den Hauptsitz meines Unternehmens:

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

sowie für folgende(n) Filiale(n) meines Unternehmens:

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

### Anlage 3 – Vergütung

▪ Preisberechnung für Standardnahrung und Spezialnahrung

PZN	Bezeichnung	Rabatt [%]	Preis [netto]
laut Anbieter	Standard- und Spezialnahrung	<b>17,00</b>	Lauer-EK (PZN) <b>abzgl.</b> <b>17,00 % (Rabatt)</b>

**Die Preise verstehen sich zzgl. des zum Leistungszeitpunkt gültigen Mehrwertsteuersatzes (MwSt.).**

#### Beispiel:

Lauer-EK = 100,- EUR

Rabatt = 20,00 %

100,- EUR **abzüglich** (abzgl.) 20,00 % = **80,- EUR** (Preis [netto]) zzgl. MwSt.

## **Anlage 4 – Elektronische Rezeptabrechnung/Datenaufbereitung**

### **Vereinbarung**

#### **über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und –übermittlung sowie Nacherfassung von Arztfelddaten**

Es wird auf der Grundlage des § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (Vereinbarung nach § 300 SGB V) Folgendes vereinbart:

#### **§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages**

Diese Vereinbarung regelt die Abrechnung, Rechnungsbegleichung und Datenübermittlung sowie die Nacherfassung von Arztfelddaten des Leistungserbringers, der über Dritte im Sinne des § 8 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (im Folgenden: Rechenzentrum) abgerechnet. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt die Annahme der Beitrittserklärung des Rechenzentrums nach **Anlage 4 a** durch den Leistungserbringer voraus.

#### **§ 2 Rechnungslegung**

(1) Der Leistungserbringer bzw. das Rechenzentrum rechnet die Leistungen (ggf. des dem Rechenzentrum angeschlossenen Leistungserbringers) nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung durch den Leistungserbringer erfolgte, bis zum Ende des folgenden Monats 1x mit der AOK oder der von der AOK benannten Stelle in einer Rechnung mit einer Sammelrechnungsnummer, ab.

(2) Vorbehaltlich des Absatzes 3 bestehen die Rechnungen aus einer monatlichen Sammelrechnung für die AOK in Papierform nach **Anlage 4 b** sowie einer nach Leistungserbringern sortierten Aufstellung nach **Anlage 4 c**, die das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers, die Anzahl der Verordnungsblätter sowie die Summen Bruttobetrag, Zuzahlung und Nettobetrag ausweist.

(3) Zusätzlich übermittelt der Leistungserbringer bzw. das Rechenzentrum der AOK die Rechnungsdaten<sup>1</sup> auf Datenträgern oder per Datenfernübertragung gemäß **Anlage 4** der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

(4) Auf Verlangen der AOK ist zusätzlich zu den Angaben nach § 12 Abs. 2 dieses Vertrages über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V eine elektronische Rechnung (RECP) innerhalb von 4 Tagen nach Versand der Rechnung nach § 12 Abs. 2 dieses Vertrages zu übermitteln.

---

<sup>1</sup> Hierzu gehört der Nachrichtentyp RECP mit folgenden Datensegmenten: UNA, UNB, UNH, REC, RES, RFP, GEP, UNT und UNZ.

### § 3 Weiterleitung der Verordnungsblätter

Die abgerechneten Verordnungsblätter sind spätestens vier Wochen (mit besonderer Begründung sechs Wochen) nach Ablauf des Monats, in dem die Lieferung erfolgte, an die AOK oder an die von diesen benannten Stellen weiterzuleiten. Die Verordnungsblätter werden aufsteigend nach Belegnummern sortiert angeliefert.

### § 4 Datenerfassung und Datenübermittlung

(1) Die Übermittlung der Daten auf magnetischen Datenträgern beziehungsweise per Datenfernübertragung nach der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt spätestens einen Monat nach Ablauf des Monats, in dem die Verordnung durch den Leistungserbringer beliefert wurde.

(2) Die Erfassung und Übermittlung der Angaben auf dem Verordnungsblatt nach § 5 Abs. 2 Buchst. b bis m (außer c und f) der Vereinbarung nach § 300 SGB V setzt voraus, dass sie vom Vertragsarzt ordnungsgemäß auf das Verordnungsblatt aufgetragen wurden.

Sind die Angaben im Arztfeld zu

- Kassennummer
- Versichertennummer
- Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR)
- Ausstellungsdatum
- Status des Versicherten
- Feldkennzeichen

maschinell nicht lesbar, werden die nicht verarbeitbaren Zeichen vom Rechenzentrum korrigiert. Fehlt die Versicherten-Nummer, sind Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten nachzuerfassen. Das Rechenzentrum dokumentiert die korrigierten und nacherfassten Zeichen nach den Regelungen des Punktes 5.5.2 der **Anlage 4** der Vereinbarung nach § 300 SGB V und stellt den durch Korrektur und Nacherfassung entstandenen Mehraufwand, soweit dieser nicht von dem Leistungserbringer zu vertreten ist, der AOK mit der Rechnung des zweiten Monats, der dem Kalendermonat der Lieferung folgt, in Rechnung. Die Vergütung des Mehraufwandes ergibt sich aus der **Anlage 4 d**.

(3) Die Verordnungsblätter in digitalisierter Form (Images) sind einen Monat nach Ablauf des Abrechnungsmonats für die AOK oder für die von diesen benannten Stellen zur Verfügung zu stellen. Die Kosten trägt das Rechenzentrum. Nach Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die AOK sind die zwischengespeicherten Images bis zur Freigabe durch die AOK, höchstens weitere 6 Wochen, aufzubewahren. Die AOK erstattet für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale je digitalisiertem Verordnungsblatt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 und 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V. Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungsbelegung nach § 2 Abs. 2 geltend gemacht.

(4) Absatz 3 letzter Satz gilt entsprechend für die Geltendmachung der Zuschusszahlung nach § 5 Abs. 5 der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

## § 5 Serviceleistungen

- (1) Auf Anforderung der AOK archiviert das Rechenzentrum die Images für einen Zeitraum von 12 Monaten nach Ablauf des Abrechnungsmonats und stellt ihr oder der von ihr benannten Stelle das Gesamtvolumen der digitalisierten Verordnungsblätter eines Quartals kostenfrei zur Verfügung.
- (2) Auf Anforderung der AOK stellt das Rechenzentrum die Verordnungsblätter getrennt von der Statusgruppe 6 jeweils nach Belegnummern aufsteigend sortiert kostenfrei zur Verfügung.
- (3) Das Rechenzentrum stellt auf Anforderung der AOK, jedoch höchstens einer Stelle, monatlich einen Datenträger zur Verfügung, der je Vertragsarzt die Gesamtzahl der Verordnungsblätter, die Anzahl der nachbearbeiteten Verordnungsblätter sowie die Anzahl der korrigierten bzw. nacherfassten Zeichen im Arztfeld enthält. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

## § 6 Rechnungs- und Taxbeanstandungen

- (1) Die AOK übermittelt dem Rechenzentrum eine Aufstellung (Beispiel: **Anlage 4 e**), aus der die erfolgten Zu- und Absetzungen für die einzelnen Leistungserbringer ersichtlich sind.
- (2) Für Zu-/Absetzungen ist die Differenzzusammenstellung (Beispiel: **Anlage 4 e**) zu verwenden. Die Kopien der sachlich und rechnerisch beanstandeten Verordnungsblätter beziehungsweise ihrer Print-Images (vgl. Nr. 3 bis 5 der **Anlage 4 e**) sind dem Rechenzentrum unaufgefordert von der AOK zuzustellen. Bei Vollabsetzung (vgl. Nr. 1 und 2 sowie bei fehlender Arztunterschrift Nr. 5 der **Anlage 4 e**) müssen die Originalrezepte beigelegt bzw. nachgereicht werden.
- (3) Für die sachlichen und rechnerischen Beanstandungen gelten im Übrigen die Bestimmungen dieses Vertrages.
- (4) Beanstandete Beträge werden grundsätzlich mit der nächstfälligen Zahlung des Rechenzentrums bzw. des Leistungserbringers verrechnet.

## § 7 Rechnungsbegleichung

Die Rechnungsbegleichung erfolgt gemäß § 15 dieses Vertrages.

## § 8 Gültigkeit weiterer Bestimmungen

Soweit in dieser Vereinbarung keine besonderen Bestimmungen getroffen sind, gelten die Regelungen der Vereinbarung nach § 300 SGB V sowie der über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach §§ 126 und 127 Absatz 2 und 2a in der jeweils geltenden Fassung.

#### **Anlage 4 a – Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung**

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
RD Gemeinschaftsaufgaben  
Fachbereich Datenprüfung Apotheken/Ärzte  
Oberstr. 33  
41460 Neuss

Rechenzentrum (Name)  
Straße, Hausnummer  
PLZ Ort

IK:

Telefonnummer:

Faxnummer:

#### **Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beantragen hiermit die Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung. Wir erklären, die Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung sowie Nacherfassung von Arztfelddaten einschließlich seiner Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils geltenden Fassung anzuerkennen und gegen uns gelten zu lassen.

Wir werden für folgende Leistungserbringer abrechnen:

Name des Leistungserbringers, IK des Leistungserbringers, PLZ, Ort, Straße, Name der leitenden Person des Leistungserbringers

---

Ort, Datum

Unterschrift



**Anlage 4 b – Sammelrechnung**

Rechenzentrum  
 PLZ, Ort, Straße

IK:

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse  
 RD Gemeinschaftsaufgaben  
 Fachbereich Datenprüfung Apotheken/Ärzte  
 Oberstr. 33  
 41460 Neuss

Rechnungs-Nr.:  
 Rechnungs-Datum:

IK der AOK:

abgerechneter Monat:  
 Telefon-Nr.:  
 Ansprechpartner:

Status-Gruppe	Anzahl der VO-Blätter	Brutto-Betrag	Zuzahlung (-)	Nettobetrag
000				
100				
300				
500				
600				
650				
810				
830				
850				
890				
900				
Summen				

zuzüglich Vergütung für Imagebereithaltung  
 (XXXXXX Images x 0,022253 Euro <sup>2</sup>)

\_\_\_\_\_

zuzüglich Erstattung Mehraufwand/Vormonat für Nachbearbeitung  
 Arztfelddaten (XXX Zeichen x 0,0XX <sup>3</sup>)

\_\_\_\_\_

Rechnungsbetrag

\_\_\_\_\_

+ / ./ Differenzen der Vormonate nach Anlage(n)

\_\_\_\_\_

Zahlbetrag

\_\_\_\_\_

Anlage

<sup>2</sup> Nettobetrag = 0,0187 Euro zzgl. MwSt.

<sup>3</sup> Nettobetrag = 0,0XXX Euro zzgl. MwSt.

**Anlage 4 c – Abrechnungsbeträge je Leistungserbringer**

Anlage der Rechnung Nr. \_\_\_\_/ vom \_\_\_\_\_

IK Leistungserbringer	Anzahl der Verordnungsblätter	Brutto-Betrag	Zuzahlung (-)	Netto-Betrag
IK <sub>1</sub>				
IK <sub>n</sub>				

#### Anlage 4 d – Vergütung der Nacherfassung

Die AOK zahlt nach § 4 Absatz 2 für den Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht, für jedes korrigierte sowie jedes im Ersatzverfahren erfasste Zeichen folgende Höchstbeträge jeweils zuzüglich Mehrwertsteuer.

Lesequote	98 - 100	v.H.	0,51 Cent
Lesequote	97	v.H.	0,43 Cent
Lesequote	96	v.H.	0,36 Cent
Lesequote	95	v.H.	0,26 Cent
Lesequote	94	v.H.	0,20 Cent
Lesequote	92 - 93	v.H.	0,15 Cent
Lesequote	90 - 91	v.H.	0,10 Cent
Lesequote	unter 90	v.H.	0,05 Cent.

Die Lesequote wird definiert als die Summe der erkannten und nicht zu korrigierenden Zeichen im Verhältnis zur Gesamtzahl der im Arztfeld zu lesenden und grundsätzlich zu erfassenden Zeichen in Prozent ohne Berücksichtigung der zu erfassenden und erfassten Zeichen auf Verordnungsblättern, die im Ersatzverfahren ausgestellt worden sind.

Rechenzentren, die eine kassenindividuelle Prüfziffernberechnung der Versichertennummer durchführen, haben Anspruch auf eine Lesequote, die eine Stufe über der erreichten Lesequote liegt, wobei das Feld „Ausstellungsdatum des Arztes“ bei der Berechnung der Lesequote nicht berücksichtigt wird. Das Rechenzentrum, das eine solche Prüfung durchführt, teilt dies der AOK mit.

**Anlage 4 e – Differenzzusammenstellung**

Rechenzentrum IK

Kostenträger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IK-Nr. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

**1. Irrläufer**

Beigefügte Verordnungsblätter (Originale) sind zu Lasten eines anderen Kostenträgers ausgestellt:

Abrechnungsmonat	IK des Leistungserbringers	Anzahl der Rezepte	Gesamtbetrag der Absetzung

**2. Rezepte, die der Abrechnung beiliegen, aber nicht berechnet sind.**

Der Abrechnung lagen \_\_\_\_\_ Stück Rezepte bei, die in der Abrechnung rechnerisch nicht erfasst waren. Diese reichen wir als Anlage im Original zurück.

Differenzzusammenstellung Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_

**3. Erfassungsfehler**

Bitte IK des Leistungserbringers und Absetzung oder Zusetzung eintragen.

Kopien der Rezepte/Images beifügen!

Abrechnungsmonat	IK des Leistungserbringers	Absetzung	Zusetzung
Summe			

Differenzzusammenstellung Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_

#### 4. Falsche Zuzahlung

Bitte IK des Leistungserbringers und Absetzung oder Zuzahlung eintragen.

Kopien der Rezepte/Images beifügen!

Abrechnungsmonat	IK des Leistungserbringers	Absetzung	Zuzahlung
Summe			

Differenzzusammenstellung Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_

**5. Sonstige Beanstandungen**

(Bitte genau definieren, z.B. Arztunterschrift fehlt usw.)

Bitte IK des Leistungserbringers und Absetzung oder Zusetzung eintragen.

Kopien der Rezepte/Images beifügen!

Bei fehlender Arztunterschrift Originalrezept zurücksenden!

Abrechnungs- monat	IK des Leistungserbringers	Absetzung	Zusetzung	Grund der Beanstandung
Summe				

Differenzzusammenstellung Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_

### 6. Tax- und Taxrechenfehler

Bitte IK des Leistungserbringers und Absetzung oder Zusetzung eintragen.

Beanstandete Rezepte werden an den Leistungserbringer / das Rechenzentrum gesandt!

Abrechnungsmonat	IK des Leistungserbringers	Absetzung	Zusetzung
Summe			



Zusammenstellung Abrechnungsmonat \_\_\_\_\_

1. Summe Irrläufer	Euro _____
2. Keine Differenz	Euro _____
3. Summe Erfassungsfehler	Euro _____
4. Summe falsche Zuzahlung	Euro _____
5. Summe sonstige Beanstandungen	Euro _____
6. Summe Tax- und Taxrechenfehler	Euro _____
Gesamtab-/zusetzungsbetrag	Euro _____

Wir werden den Gesamtdifferenzbetrag mit der nächstfälligen Zahlung  
(Monat: \_\_\_\_\_) verrechnen.

## Anlage 5 – Erklärung des Leistungserbringers

### Erklärung

Ich/Wir bin/sind für mein/unser Unternehmen als Leistungserbringer nach § 4 dieses Vertrages

Name des Unternehmens: \_\_\_\_\_

Inhabername des Unternehmens: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

aufgrund des Vertrages vom \_\_\_\_\_ zur Teilnahme an der Versorgung der Versicherten berechtigt.

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass ich/wir das Rechenzentrum/die Abrechnungsstelle

Firma/Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ an ermächtigte(n), sämtliche von mir/uns nach den Bestimmungen dieses Vertrages für Versicherte der AOK erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit der leistungspflichtigen AOK abzurechnen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Inhabers des Unternehmens

Wir erklären uns bereit, die Abrechnung nach den Bestimmungen des Vertrages vom \_\_\_\_\_ in der jeweils gültigen Fassung vorzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Rechenzentrums/  
der Abrechnungsstelle

**Anlage 6 – Bestätigungserklärung der abrechnenden Stelle zur gesamtschuldnerischen Haftung**

Hiermit bestätigen wir

Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

als abrechnende Stelle für den Leistungserbringer/Verband

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

für Leistungen aus dem Vertrag über die Versorgung mit Standard- und Spezialnahrung nach § 127 Abs. 2 und 2a SGB V, dass im Sinne von § 15 dieses Vertrages bezüglich der Rechnungs- und Taxbeanstandungen der AOK Rheinland/Hamburg gegen den Leistungserbringer, für welchen wir abrechnen oder in der Vergangenheit abgerechnet haben, nach § 16 des Vertrages unsererseits eine gesamtschuldnerische Haftung mit dem genannten Leistungserbringer vereinbart wurde.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel/Unterschrift