

Vertrag

**über die Versorgung mit Sonden- und Trinknahrung,
Verband- und Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung**

nach § 127 Abs. 2 SGB V

vom 1. Mai 2016

zwischen der

AC/TK 15 09 E03

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse**

Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

im Folgenden AOK RPS genannt

und

Leistungserbringer E03

im Folgenden Leistungserbringer genannt

Präambel

Auf der Grundlage der §§ 31 Abs. 5 Satz 6 und 31 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz i. V. m. § 127 Abs. 2 SGB V sowie des § 126 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 127 Abs. 2 SGB V regeln die Vertragsparteien umfassend den Versorgungsanspruch der Versicherten der AOK RPS im Bereich der enteralen Ernährung mit Sonden- und Trinknahrung einschließlich der hierzu notwendigen Verband- und Hilfsmittel. Der Vertrag soll durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Ziel einer fachgerechten, qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten der AOK RPS gekennzeichnet sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung der Versicherten der AOK RPS im Bereich der enteralen Ernährung mit Sonden- und Trinknahrung (bilanzierte Diäten) nach § 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V, mit Verbandmitteln nach § 31 Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V sowie mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 03 (Applikationshilfen) nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V (nachfolgend: Produkte zur enteralen Ernährung), soweit die vorgenannten Leistungen nicht nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V oder § 34 SGB V ausgeschlossen sind, einschließlich aller damit zusammenhängenden Dienst- und Serviceleistungen.
- (2) Dieser Vertrag regelt in erster Linie die Neuversorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung. Für bereits bestehende bzw. laufende Versorgungsungen gelten die Übergangsregelungen.
- (3) Der „Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rahmenvertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung findet auf die Versorgung nach diesem Vertrag ebenfalls Anwendung. Der Vertrag ist unter www.aok-gesundheitspartner.de/rp/hilfsmittel/vertraege_preise veröffentlicht. Der Kodex Medizinprodukte in der jeweils aktuell gültigen Fassung ist Vertragsbestandteil und vom Leistungserbringer einzuhalten.
- (4) Die folgenden Anlagen sind verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages:
 - Anlage 1** Qualitäts- und Versorgungsstandards
 - Anlage 2** Preisvereinbarung inkl. Leistungsbeschreibung
 - Anlage 3** Versichertenerklärung
 - Anlage 4** Mehrkostenerklärung
 - Anlage 5** Werbung
 - Anlage 6** Beitritts- und Anerkenniserklärung
 - Anlage 7** Abrechnungsbedingungen für die Abrechnung nach § 300 SGB V

§ 2 Eignungsvoraussetzungen

- (1) Zur Versorgung sind Leistungserbringer nur berechtigt, wenn sie die Präqualifizierungsvoraussetzungen in der jeweils aktuell gültigen Fassung und die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen erfüllen (§ 126 Abs. 1 SGB V). Liegen die vertraglichen Voraussetzungen bzw. die Präqualifizierungsvoraussetzungen nicht, nicht mehr oder nicht mehr vollständig vor, so entfällt damit das vertragliche Versorgungsrecht des Leistungserbringers. Für dennoch erfolgte Versorgungsungen besteht kein Vergütungsanspruch, auch nicht gegenüber dem Versicherten der AOK RPS.

- (2) Der Leistungserbringer hat die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Vertragsschluss bzw. Erklärung des Beitritts nach **Anlage 6** nachzuweisen. Bis zum Nachweis entfällt auch ein schriftlich erklärter Beitritt keine rechtliche Wirkung.
- (3) Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, die die Eignung bzw. Präqualifizierung betreffen, hat der Leistungserbringer unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOK RPS schriftlich mitzuteilen.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten der AOK RPS sowohl mit Produkten zur enteralen Ernährung als auch mit den erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen hat ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen. Die Versorgung unterschreitet nicht das Maß des Notwendigen und muss in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Bilanzierte Diäten haben dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen und den wissenschaftlichen Fortschritt angemessen zu berücksichtigen. Abgabe- und abrechnungsfähig sind nur solche Produkte, die der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (AM-RL) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen (§ 31 Abs. 5 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V). Einzuhalten sind ebenso die Vorschriften der Diätverordnung (DiätV).
- (3) Bei der Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit sind die allgemeinen Hygienevorschriften bzw. -vorgaben einzuhalten. Hierüber ist der Versicherte ausführlich aufzuklären.
- (4) Verbandmittel kommen in dem medizinisch erforderlichen Umfang zum Einsatz. Soweit es medizinisch auf eine besondere Qualität oder Eigenschaft ankommt, haben die Verbandmittel den fachlichen sowie gesetzlichen Bestimmungen zu entsprechen. Für den Einsatz von Verbandmitteln sind die entsprechenden Verwendungsangaben der Hersteller sowie Produkthinweise sind zu beachten.
- (5) Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V beschriebenen allgemeinen medizinischen und technischen Anforderungen und Ausstattungen stellen die Mindestanforderungen der abzugebenden Hilfsmittel dar. Der Leistungserbringer gewährleistet eine fehlerfreie Beschaffenheit sowie die Betriebs- und Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel während des Versorgungszeitraums. Einzuhalten sind insbesondere die Vorschriften des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG), der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) sowie der Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V).
- (6) Neben der Versorgung mit bilanzierten Diäten, Verband- sowie Hilfsmitteln (Produkte zur enteralen Ernährung) hat der Leistungserbringer die damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen durchzuführen, um eine fachgerechte Versorgung des Versicherten während des Versorgungszeitraums zu ermöglichen, aufrechtzuerhalten und sicherzustellen. Der Umfang der Dienst- und Serviceleistungen bestimmt sich auch nach der konkreten Versorgungssituation und des Krankheitsbildes des Versicherten sowie nach den Regelungen dieses Vertrages einschließlich dessen Anlagen.

(7) Der Leistungserbringer gewährleistet

- eine bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, medizintechnischen und pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten,
- die unverzügliche (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden) persönliche Aufklärung und Beratung des Versicherten und ggf. dessen Angehörige bzw. Betreuer und Pflegepersonal, über die aufzahlungsfreie Versorgung, sachgerechte Produktauswahl, sichere Applikation sowie Anwendung von Produkten zur enteralen Ernährung,
- die umgehende sowie umfassende Schulung und Einweisung des Versicherten und ggf. dessen Angehörige bzw. Betreuer und Pflegepersonal in der Applikation von bilanzierten Diäten, in der bedarfsgerechten Verwendung von Verbandmitteln sowie in den sicheren Gebrauch und in die notwendige Pflege von Hilfsmitteln,
- die individuelle Feststellung und unverzügliche Abgabe/Lieferung des notwendigen Bedarfes an bilanzierten Diäten, Verband- sowie Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung für den kalendermonatlichen Versorgungszeitraum unter Beachtung der vertragsärztlichen Verordnung,
- die fachliche Nachbetreuung des Versicherten (z. B. durch nochmalige Aufklärung, Beratung, Schulung oder Einweisung in den Gebrauch der Produkte zur enteralen Ernährung).

(8) Der Leistungserbringer hat fachlich qualifiziertes Personal einzusetzen (**Anlage 1**). Sofern sich der Leistungserbringer zur Ausführung der vertraglichen Verpflichtungen Dritter bedient, hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Dritte die fachlichen Voraussetzungen gemäß **Anlage 1** erfüllt; § 2 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Vertrages gelten entsprechend. Für Dritte haftet der Leistungserbringer wie für Erfüllungsgehilfen.

(9) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer vor bzw. bei erstmaliger Versorgung nach diesem Vertrag entsprechend **Anlage 3** „Versichertenerklärung“ aufzuklären. Die vom Versicherten unterschriebene **Anlage 3** ist der AOK RPS auf Anforderung für jeden Versicherten vorzulegen. Der Leistungserbringer kann eine eigene, der **Anlage 3** entsprechende, inhaltsgleiche Erklärung einsetzen; insoweit hat er die Abweichungen zu verantworten. Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Lieferung vorgelegt werden können.

(10) Die Leistungen nach diesem Vertrag sind aufzahlungsfrei zu erbringen. Wählt der Versicherte der AOK RPS jedoch Produkte zur enteralen Ernährung oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat der Leistungserbringer den Versicherten über die hierdurch entstehenden Mehrkosten vor der Durchführung der Versorgung oder Belieferung aufzuklären. Die Mehrkosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. Eine Mehrkostenerklärung entsprechend **Anlage 4** ist vom Leistungserbringer auszufüllen und vom Versicherten zu bestätigen. Die Dokumentation entsprechend **Anlage 4** ist der AOK RPS auf Verlangen vorzulegen. Sofern keine Dokumentation über die Aufklärung des Versicherten vom Leistungserbringer vorgelegt werden kann, wird vermutet, dass keine Aufklärung stattfand; § 2 Abs. 1 Satz 3 ist anzuwenden.

(11) Der Leistungserbringer hat auf jedem nach diesem Vertrag ausgelieferten Produkt zur enteralen Ernährung oder auf jeder Kopie des Lieferscheins / mit jeder Lieferung seinen Namen und seine 24-Stunden-Notdienst Telefonnummer gut sichtbar anzubringen.

- (12) Es erfolgt keine Risikoselektion durch den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer lehnt keine Versorgung auf Grundlage dieses Vertrages ab, auch die nicht, die ihm von der AOK RPS zugewiesen wird. Einer Ablehnung der Versorgung durch den Leistungserbringer muss die AOK RPS zustimmen. Kommt der Leistungserbringer dieser vertraglichen Versorgungs- verpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK RPS berechtigt, einen anderen Leistungserbringer mit der Versorgung des Versicherten zu beauftragen. In diesem Fall hat der untätig gebliebene oder nicht rechtzeitig tätig gewordene Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten dieser Ersatzversorgung zu tragen.

§ 4 Verordnung

- (1) Die Durchführung einer Versorgung bedarf einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16).

In begründeten Fällen ist für die Verordnung von Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung eine Verordnung eines (ermächtigten) Krankenhausarztes ausreichend. Begründete Fälle sind insbesondere die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn ein Vertragsarzt aus Gründen der Eilbedürftigkeit (z. B. am Wochenende) nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

- (2) Bilanzierte Diäten und Verbandmittel einerseits sowie Hilfsmittel andererseits sind jeweils getrennt zu verordnen. Mischverordnungen berechtigen nicht zur Abrechnung und sind zur Korrektur vom Leistungserbringer an den Verordner zurückzugeben.

- (3) Eine vertragsärztliche Verordnung ist erforderlich für die Erstversorgung und für die erstmalige Beauftragung einer Versorgung nach diesem Vertrag.

- Für bilanzierte Diäten und Verbandmittel im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung ist kalendermonatlich eine vertragsärztliche Verordnung vorzulegen.
- Für Hilfsmittel zur enteralen Ernährung ist spätestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten erneut eine vertragsärztliche Verordnung für die Durchführung der Folgeversorgungen vorzulegen, außerdem bei einer medizinisch gebotenen Änderung der ärztlichen Diagnose. Aus der Verordnung hat die ärztliche Diagnose hervorzugehen.
- Im Rahmen des Entlassmanagements gilt die Verordnung von Produkten zur enteralen Ernährung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen, bei Abrechnung einer Monatspauschale maximal für einen Kalendermonat.

- (4) Änderungen und Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung sind nur vom ausstellenden Arzt vorzunehmen, mit Datum und ggf. Arztstempel zu versehen und zu unterzeichnen.

- (5) Ohne Verordnung entsteht kein Versorgungsanspruch des Leistungserbringers.

- (6) Wird die Versorgung vom Leistungserbringer später als vier Wochen nach Ausstellung der Verordnung beliefert, so ist die AOK RPS nicht mehr zur Kostenübernahme verpflichtet.

§ 5 Auftragserteilung

- (1) Eine Auftragserteilung durch die AOK RPS für Produkte zur enteralen Ernährung, die über eine Monatspauschale abgerechnet werden, ist nicht erforderlich.
- (2) Für Hilfsmittel der Produktgruppe 03 zur enteralen Ernährung, die in der Monatspauschale nicht enthalten sind, ist ein Kostenvoranschlag ab einem Betrag von 200 Euro inkl. MwSt. erforderlich. Die Übermittlung der zur Leistungsentscheidung erforderlichen Daten und Unterlagen soll grundsätzlich auf elektronischem Weg erfolgen (elektronischer Kostenvoranschlag).
- (3) Die AOK RPS behält sich das Recht vor, eine Pflicht zur Einreichung von Kostenvorschlägen und Einholung einer Auftragserteilung einzuführen, ohne dass dies der Zustimmung des Leistungserbringers bedarf.

§ 6 Art und Umfang der Leistungen

- (1) Die Leistung umfasst sämtliche im Einzelfall notwendigen Produkte zur enteralen Ernährung unter Berücksichtigung der alltagsrelevanten Kalorienmenge, um dadurch eine bedarfs-, sach- und fachgerechte Versorgung der Versicherten der AOK RPS durch den Leistungserbringer sicherzustellen. Dazu sind alle für die Versorgung erforderlichen Dienst- und Serviceleistungen zu erbringen, insbesondere Abgabe, Anlieferung, Anpassung, Aufklärung, Bemusterung, Beratung (ggf. auch der Angehörigen, Betreuer bzw. Pflegepersonen), Betreuung, Einweisung in den fachgerechten Gebrauch und Pflege, Erprobung, Montage, 24-Stunden-Notdienst, Schulungen, Wartungen, sicherheitstechnische Kontrollen, Instandsetzungen, Reparaturen, Abholung, Entsorgung von Eigentum des Leistungserbringers sowie Nachbetreuung. Die Inhalte der **Anlagen 1 und 2** stellen die Mindestanforderungen der Leistungserbringung dar.
- (2) Der Leistungserbringer hat bezüglich der Hilfsmittel die Wartung und sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß der gesetzlichen Vorschriften und der Herstellerhinweise, die Reparatur, Abholung und ggf. Entsorgung während des gesamten Versorgungszeitraums sach- und fachgerecht sicherzustellen. Bei notwendigen Wartungen, Instandsetzungen, sicherheitstechnischen Kontrollen und Reparaturen, die nicht sofort ausgeführt werden können, hat der Leistungserbringer für die Dauer der Instandsetzung, Wartung, sicherheitstechnischen Kontrolle und Reparatur ein Ersatzhilfsmittel dem Versicherten kostenfrei zur Verfügung zu stellen oder das Hilfsmittel auszutauschen.
- (3) Der Versicherte ist vom Leistungserbringer auf seine Pflicht zum sorgsamem sowie bedarfs-, sach- und fachgerechten Umgang, Anwendung und Applikation mit den überlassenen Produkten zur enteralen Ernährung hinzuweisen.

§ 7 Ablauf der Versorgung

- (1) Die Versorgung der Versicherten der AOK RPS mit Produkten zur enteralen Ernährung erfolgt kalendermonatlich.
- (2) Im Einvernehmen und Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer kann die Versorgung mit Hilfsmitteln abweichend von Absatz 1 auf Risiko des Leistungserbringers auch für mehrere Kalendermonate, höchstens jedoch für drei Kalendermonate, erfolgen.

- (3) Die Versorgung resp. der Versorgungszeitraum beginnt frühestens in dem Kalendermonat, in dem der Vertragsarzt die Produkte zur enteralen Ernährung verordnet hat. Maßgebend für die Bestimmung des Beginns des Versorgungszeitraumes bzw. des Kalendermonats ist der Tag Ausstellungstag der Verordnung bzw. der Tag nach Krankenhausentlassung; wobei der Versorgungszeitraum bei Erstversorgung mindestens sieben Tage eines Kalendermonats umfassen muss.

Die Versorgung endet an dem Tag im Kalendermonat, in dem die Versorgung wegen Wegfall der medizinischen Notwendigkeit oder Ende der Versicherung bzw. Mitgliedschaft, z. B. durch Tod, endet.

- (4) Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter hat die Lieferung bzw. den Erhalt der Produkte zur enteralen Ernährung schriftlich zu bestätigen. Auf dem Lieferschein oder der Empfangsbestätigung sind die einzelnen gelieferten Produkte zur enteralen Ernährung, das Empfangsdatum und der Versorgungszeitraum, der besonders für den Versicherten deutlich erkennbar sein muss, vom Leistungserbringer anzugeben.
- (5) Sofern der Versicherte für jeweils einen vollen Kalendermonat, z. B. aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes, nicht im Rahmen dieses Vertrages versorgt werden muss, entfällt der Versorgungsanspruch des Leistungserbringers für diesen Kalendermonat bzw. diese Kalendermonate.
- (6) Ein Wechsel des Leistungserbringers ist unter Berücksichtigung des Versorgungszeitraums am Ende des jeweiligen Versorgungszeitraums möglich. Der neue Leistungserbringer hat vor Beginn der Versorgung in Abstimmung mit dem Versicherten den Wechsel des Leistungserbringers beim bisher beauftragten Leistungserbringer anzuzeigen und den in Frage kommenden Termin für den Wechsel mit diesem abzustimmen.
- (7) Wurde ein Versicherter im gleichen Versorgungszeitraum von verschiedenen Leistungserbringern versorgt, so kann nur der erstangegangene bzw. der bisherige Leistungserbringer eine Vergütung beanspruchen.

§ 8 Rechnungslegung, Fälligkeit

- (1) Zur Abrechnung der aufgrund dieses Vertrages erbrachten Leistungen erstellt der Leistungserbringer für die abgeschlossene kalendermonatliche Versorgung eine Rechnung. Der Versorgungszeitraum ist stets vom Leistungserbringer auf der Rechnung anzugeben.
- (2) Die Abrechnung von Leistungen für in der Zukunft liegende Versorgungszeiträume ist nicht zulässig.
- (3) Die Rechnungslegung erfolgt in zwei geteilten Sammelrechnungen nach dem Versichertenbestand der ehemaligen AOK Rheinland-Pfalz und der ehemaligen AOK Saarland.
- (4) Für die Abrechnung der **bilanzierten Diäten** sowie der **Verbandmittel** gelten die Bestimmungen des § 300 SGB V sowie § 303 SGB V.

Es gelten die Abrechnungsbedingungen entsprechend **Anlage 7**.

Die Rechnung von Sonstigen Leistungserbringern ist mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Abrechnungsstelle § 300 Sonstige Leistungserbringer
Knappschaftsstr. 1
66538 Neunkirchen

Rechnungen von Apotheken mit den rechnungsbegründenden Unterlagen sind an die bisher bekannten Kundencenter zu richten,

und zwar für das IK 107310373 an:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Kundencenter Zentrale Abrechnung/Belegung
Jahnstraße 1
56470 Bad Marienberg

bzw. für das IK 109319309 an

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Kundencenter Apothekenabrechnung
Knappschaftsstraße 1
66538 Neunkirchen

- (5) Für die Abrechnung von **Hilfsmitteln** gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung sowie § 303 SGB V.

Die Rechnung von Sonstigen Leistungserbringern ist mit den rechnungsbegründenden Unterlagen an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Hilfsmittelabrechnung § 302 Sonstige Leistungserbringer
Goethestr. 24
67547 Worms

Rechnungen von Apotheken mit den rechnungsbegründenden Unterlagen sind ausschließlich an die folgende Anschrift zu richten:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Kundencenter Zentrale Abrechnung/Belegung
Jahnstraße 1
56470 Bad Marienberg

(6) Bei der Abrechnung der Produkte zur enteralen Ernährung sind als rechnungsbegründende Unterlagen mit der Rechnung einzureichen:

1. Bilanzierte Diäten und Verbandmittel

Vertragsärztliche Verordnung

Der Abrechnung sind die vertragsärztlichen Verordnungen im Original entsprechend § 4 Abs. 3 dieses Vertrages beizufügen.

Lieferschein mit Empfangsbestätigung

Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter/Beauftragter bestätigt den Empfang mit Datum auf dem Lieferschein/der Empfangsbestätigung, wobei erkennbar sein muss, in welchem Verhältnis der Bevollmächtigte/Beauftragte zum Versicherten steht (z. B. „Tochter“). Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Empfangsnachweis des Paketdienstes ausreichend. Die Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Beauftragten auf der Empfangsbestätigung muss in zeitlicher Kongruenz zum Versorgungszeitraum stehen.

2. Hilfsmittel

Vertragsärztliche Verordnung

Der Abrechnung sind die vertragsärztlichen Verordnungen im Original entsprechend § 4 Abs. 3 dieses Vertrages beizufügen.

Lieferschein mit Empfangsbestätigung

Der Versicherte oder ein von ihm Bevollmächtigter/Beauftragter bestätigt den Empfang mit Datum auf dem Lieferschein/der Empfangsbestätigung, wobei erkennbar sein muss, in welchem Verhältnis der Bevollmächtigte/Beauftragte zum Versicherten steht (z. B. „Tochter“). Erfolgt die Versorgung auf dem Postweg, ist ein Empfangsnachweis des Paketdienstes ausreichend. Die Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Beauftragten auf der Empfangsbestätigung muss in zeitlicher Kongruenz zum Versorgungszeitraum stehen.

Wenn die Lieferung von Hilfsmittel der Produktgruppe 03 zur enteralen Ernährung die Versorgung für mehr als einen Kalendermonat umfasst, die Abrechnung jedoch je Kalendermonat erfolgt, reicht der Leistungserbringer bei der Abrechnung im ersten Kalendermonat den Lieferschein und die Empfangsbestätigung im Original ein und für die Abrechnung der Folgemonate eine Kopie des Lieferscheins und der jeweiligen Empfangsbestätigung unter Angabe der Art und des Versorgungszeitraumes, für den die Lieferung gilt.

Alternativ kann eine Kopie des Lieferscheins und der Empfangsbestätigung anstelle der Originalunterlagen eingereicht werden. Die Originalunterlagen müssen der AOK RPS in diesem Fall auf Verlangen bis zu 6 Kalenderjahre nach Lieferung vorgelegt werden können.

(7) Die Abrechnung genügt erst dann diesem Vertrag, wenn der AOK RPS sowohl die Daten nach § 300 SGB V und § 302 SGB V im Rahmen des jeweiligen Datenträgeraustauschs (DTA) als auch die rechnungsbegründenden Unterlagen vollständig und prüffähig vorliegen. Der Nachweis des vollständigen Eingangs der Abrechnungsunterlagen obliegt dem Leistungserbringer oder dessen Abrechnungsstelle.

- (8) Bei mangelnder Prüffähigkeit, auffallenden Differenzen sowie Unstimmigkeiten oder Abrechnung anderer als der vereinbarten Preise kann die AOK RPS dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen zur Prüfung und Korrektur zurückgeben sowie die Begleichung der Rechnung unabhängig von der Auftragserteilung verweigern.
- (9) Sofern zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungspositionen resp. Abrechnungskürzungen im Zusammenhang mit der Abrechnung von Hilfsmitteln abermals in Rechnung gestellt werden, sind sie von den anderen Abrechnungspositionen deutlich hervorzuheben. Der Leistungserbringer hat die Verpflichtung, zurückgewiesene Abrechnungen, Abrechnungsposten oder Abrechnungskürzungen bei einer etwaigen späteren Abrechnung oder Mahnung detailliert samt der vollzogenen Abänderung aufzulisten, insoweit sind bloße Bezugnahmen bzw. pauschale Verweise auf andere Abrechnungsunterlagen nicht statthaft. Um die Transparenz bei der Abrechnung zu wahren, ist bei einer erneuten Abrechnung eine separate Rechnungsaufstellung anzufertigen. Auf Anforderung der AOK RPS sind die Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V bzw. § 302 SGB V nochmals zur Verfügung zu stellen.
- (10) Abrechnungen, welche die vorstehenden Anforderungen nicht erfüllen, begründen keine Fälligkeit und können zurückgewiesen werden. Soweit die AOK RPS Zahlungen geleistet hat, ist sie zur Rückabwicklung berechtigt.
- (11) Die vorstehenden Anforderungen gelten entsprechend für die Abrechnungsstelle, derer sich der Leistungserbringer bedient; der Leistungserbringer schafft mit dessen Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie bzw. eine schriftliche Bestätigung der Abrechnungsstelle unverzüglich zu übersenden.
- (12) Für die Tätigkeit wie Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für eigenes Verschulden.

§ 9 Vergütung

- (1) Für vertragliche Leistungen erhält der Leistungserbringer nach vertragskonformer Leistungserbringung und Abrechnung eine Vergütung, deren Höhe sich nach **Anlage 2** bestimmt.
- (2) Die Vergütung der Produkte zur enteralen Ernährung erfolgt nach der jeweiligen Monatspauschale für den Kalendermonat, in dem tatsächlich eine Abgabe dieser Produkte im Sinne dieses Vertrages nachgewiesen wird und zwar unabhängig vom individuell notwendigen Bedarf des Versicherten. Der in § 7 Abs. 3 normierte Mindestzeitraum ist zu berücksichtigen. Die Monatspauschale kann nur einmal abgerechnet werden. Die jeweilige Monatspauschale i. S. dieses Vertrages ist ein Höchstpreis für die - insbesondere in § 6 und den **Anlagen 1 und 2** - definierten Leistungen innerhalb eines Kalendermonats, und zwar unabhängig von dem individuellen notwendigen Bedarf des Versicherten.
- (3) Die AOK RPS überweist den Rechnungsbetrag innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen einschließlich des DTA. Bei Zahlung innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen und prüffähigen Abrechnungsunterlagen und des DTA wird Skonto in Höhe von 2% gewährt.

Die in Satz 1 und 2 genannten Fristen gelten als gewahrt, wenn der Überweisungsauftrag am letzten Fristtag an das Geldinstitut erteilt wird. Fällt der letzte Fristtag auf einen arbeitsfreien Tag (Samstag, Sonntag oder Feiertag), so verschiebt sich die Frist auf den nächsten Arbeitstag.

- (4) Mit den vereinbarten Preisen gemäß **Anlage 2** sind alle im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten der AOK RPS erbrachten Leistungen des Leistungserbringers abgegolten, die nach der vertraglichen Leistungsbeschreibung – insbesondere in § 6 und den **Anlagen 1 und 2** – festgeschrieben sind. Weder der AOK RPS noch dem Versicherten entstehen für Leistungen nach diesem Vertrag weitere Kosten.
- (5) Der Leistungserbringer hat gemäß den gesetzlichen Bestimmungen die Zuzahlung zur Versorgung vom Versicherten einzubehalten und kostenfrei zu quittieren. Darüber hinaus darf der Leistungserbringer vom Versicherten keine Auf- sowie Zuzahlungen, außer der gesetzlich festgelegten Zuzahlung, verlangen. Dies gilt nur soweit der Versicherte keine ausdrücklich gewünschte Mehrleistung nach § 3 Abs. 11 verlangt; dies ist gemäß **Anlage 4** zu dokumentieren.
- (6) Sobald der vertragliche Versorgungsanspruch des Leistungserbringers entfällt, schuldet die AOK RPS keine Vergütung.
- (7) Sofern eine Abrechnungsstelle rechnungsbegründende Unterlagen zur Abrechnung einreicht, zahlt die AOK RPS an diese mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, die Abrechnungsstelle hat nur die Rechnungslegung übernommen und die Zahlung soll ausweislich der Rechnung an den Leistungserbringer direkt erfolgen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann gegenüber dem Leistungserbringer ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Fällige Forderungen, die der AOK RPS gegenüber dem Leistungserbringer zustehen, können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden. Der Leistungserbringer hat die Pflicht mit seiner Abrechnungsstelle eine vertragliche Basis hierfür zu schaffen. Auf Verlangen der AOK RPS ist der geschlossene Vertrag in Kopie bzw. eine schriftliche Bestätigung der Abrechnungsstelle unverzüglich zu übersenden.
- (8) Für die Tätigkeit und Untätigkeit der Abrechnungsstelle haftet der Leistungserbringer wie für einen Erfüllungsgehilfen.

§ 10 Qualitätssicherung, Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Zur Sicherung der Qualität nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer Daten in Form einer Excel- oder Accesstabelle über die abgegebenen Produkte zur enteralen Ernährung entsprechend **Anlage 1**. Diese Daten sind der AOK RPS auf Anforderung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die AOK RPS ist jederzeit berechtigt, die Versorgung und deren Umfang in der ihr geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Dazu gehört auch die kurzfristige Übermittlung eines Nachweises der an die Versicherten gelieferten Produkte zur enteralen Ernährung.
- (3) Der Leistungserbringer unterliegt einer allgemeinen Wirtschaftlichkeitsüberprüfung (§§ 2, 12, 70 sowie § 284 Abs. 1 Nr. 8 und 9 SGB V). Die AOK RPS prüft die ihr übermittelten Abrechnungsdaten auf Fachlichkeit, Vertragskonformität, Rechtmäßigkeit sowie Plausibilität. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die festgestellten Auffälligkeiten durch Vorlage von Rechnungen, Dokumentationen oder eigene Stellungnahmen aufzuklären und durch Übersendung von Kopien bzw. Ausdrucken nachzuweisen, auch wenn diese bereits der AOK RPS zur Verfügung gestellt worden sind. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist durch die sozialrechtliche Verjährung zeitlich begrenzt.

§ 11 Vertragsverstöße, -maßnahmen und -strafen

- (1) Dieser Vertrag geht von dem Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner sorgen für eine gewissenhafte Durchführung der Bestimmungen dieses Vertrages.
- (2) Verstößt der Leistungserbringer gegen die sich aus dem Gesetz oder diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, kann die AOK RPS nach schriftlicher oder mündlicher Anhörung des Leistungserbringers unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit
 - eine Verwarnung oder Androhung einer Vertragsstrafe aussprechen,
 - die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe bis zu 5% des jährlichen Bruttoumsatzerlöses nach diesem Vertrag verlangen,
 - bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen diesen Vertrag fristlos kündigen oder
 - bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen den Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung ausschließen.

Unabhängig davon ist der durch eine Vertragsverletzung entstandene Schaden durch den Leistungserbringer zu ersetzen. Diese Rückforderungen sind sofort fällig.
- (3) Die Maßnahmen nach Absatz 2 können auch nebeneinander ausgesprochen werden.
- (4) Bei einem staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren oder bei Aufklärung im Rahmen des § 197a SGB V – Fehlverhalten im Gesundheitswesen – entfällt die vorherige Anhörung.

§ 12 Datenschutz, Vertraulichkeit

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz zu beachten. Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die gesetzlichen Bestimmungen seinen Arbeitnehmern bzw. beauftragten Dritten bekannt gegeben werden und überwacht deren Beachtung in geeigneter Weise. Zusätzlich verpflichtet der Leistungserbringer seine Arbeitnehmer und ggf. beauftragte Dritte schriftlich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Auf Verlangen der AOK RPS übermittelt er kostenlos Kopien der Erklärungen seiner Arbeitnehmer sowie der von ihm beauftragten Dritten.
- (2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben gestattet. Hiervon unberührt bleiben die Angaben gegenüber den behandelnden Vertragsärzten und der AOK RPS, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.
- (3) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht.
- (4) Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen die Vorschriften des Daten- oder Sozialdatenschutzes kann die AOK RPS diesen Vertrag fristlos kündigen.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Schutz der personenbezogenen Daten sowie Sozialdaten auch über die Laufzeit des Vertrages hinaus sicherzustellen.

§ 13 Werbung, Verhaltensregeln, unzulässige Zusammenarbeit

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der Pflegeversicherung (PV) beziehen (**Anlage 5**) und haben sich lediglich auf sachliche Informationen zu beschränken.
- (2) Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Leistungspflicht der GKV bzw. PV ist die personenbezogene Werbung gegenüber Vertragsärzten, ermächtigten Krankenhausärzten und Versicherern etc. unzulässig.
- (3) Es ist unzulässig, Versicherte ohne deren Aufforderung zu Wartungsdiensten aufzusuchen oder zu beeinflussen, soweit sich aus dem MPG, der MPBetreibV oder den Herstellerangaben keine Wartungspflicht ergibt. Der Hinweis auf allgemeine Pflege- und Wartungspflichten sowie notwendige Instandhaltungen und sicherheitstechnische Kontrollen bleibt davon unberührt. Dies gilt auch gegenüber Versicherten, die in Behinderteneinrichtungen, Alten-, Pflegeheimen o. ä. Einrichtungen betreut werden.
- (4) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise nicht beeinflussen. Rechtsgeschäfte oder Absprachen des Leistungserbringers mit Versicherten, anderen Leistungserbringern oder Dritten über die Zuführung von Versicherten, die Durchführung von Aufträgen oder die Belieferung von vertragsärztlichen Verordnungen sind unzulässig und gelten als schwerwiegende Vertragsverstöße.
- (5) Dem Leistungserbringer ist es verboten, im Zusammenhang mit der Versorgung nach diesem Vertrag Geldleistungen von Dritten/an Dritte, insbesondere in Form von zusätzlichen Vergütungen, geldwerten Vorteilen bzw. Vergünstigungen anzunehmen bzw. anzubieten.
- (6) Vergütungen von Dienstleistungen oder die Gewährung anderer Vorteile an Ärzte, stationäre Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Leistungserbringung sind unzulässig. Unzulässig ist darüber hinaus die Gewährung von Vergütungen, Provisionen oder anderer Vorteile für die Zuweisung von Patienten oder die Ausstellung von Verordnungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer, insbesondere zugunsten des Leistungserbringers dieses Vertrages.
- (7) § 128 SGBV ist zu beachten.

§ 14 Haftung, Insolvenz und Geschäftsaufgabe

- (1) Der Leistungserbringer haftet für schuldhafte Vertragspflichtverletzungen nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Für den Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, der AOK RPS gegenüber die Einleitung eines Insolvenzverfahrens durch ihn oder durch Dritte oder Abweisung des beantragten Insolvenzverfahrens mangels Masse unverzüglich anzuzeigen. Bei Geschäftsaufgabe bzw. anderen Leistungshindernissen ist der Leistungserbringer ebenfalls verpflichtet, dies der AOK RPS unverzüglich anzuzeigen.

§ 15 Übergangsregelungen

- (1) Sofern der Leistungserbringer bereits Versicherte der AOK RPS auf Basis anderer Verträge oder Vereinbarungen mit den in diesem Vertrag geregelten Produkten zur enteralen Ernährung versorgt, werden diese Fälle in das mit diesem Vertrag einhergehende Versorgungsmodell überführt. Der erstmaligen Abrechnung der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages sind neue vertragsärztliche Verordnungen beizufügen.
- (2) Bereits vor Beginn dieses Vertrages ausgestellte vertragsärztliche Verordnungen und deren Vergütung nach den bis zum Beginn dieses Vertrages geltenden Konditionen gelten maximal bis zum 31. Mai 2016, bezogen auf den Versorgungszeitraum, fort. Für diese Versorgungsfälle entfällt die Vergütung nach diesem Vertrag.
- (3) Bisher durch den Leistungserbringer als notwendig erkannte Versorgungsleistungen, welche durch die regelmäßige Belieferung erkennbar sind, werden weiterhin beliefert bzw. anerkannt.

§ 16 Öffentliche Ausschreibung

Sofern die AOK RPS eine Ausschreibung nach § 127 Abs. 1 SGB V für Produkte zur enteralen Ernährung nach diesem Vertrag durchführt, kommen die Regelungen dieses Vertrages mit dem Zeitpunkt des Beginns des Ausschreibungsvertrages für die ausgeschriebenen Produkte zur enteralen Ernährung nicht mehr zur Anwendung.

§ 17 Vertragsbeginn, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag beginnt zum 1. Mai 2016 und gilt für alle ab dem zum 1. Mai 2016 ausgestellten vertragsärztlichen Verordnungen. Mit Beginn dieses Vertrages enden automatisch alle bisherigen Verträge/Vereinbarungen über die Versorgung der Versicherten der AOK RPS im Bereich der enteralen Ernährung mit Sonden- und Trinknahrung (bilanzierte Diäten), Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln der Produktgruppe 03.
- (2) Dieser Vertrag sowie dessen Anlagen können ganz oder teilweise mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende, erstmals zum 30. April 2017 gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
- (3) Der Vertrag endet im Falle der Kündigung auch für gemäß § 127 Absatz 2a SGB V beigetretene Vertragspartner, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.
- (4) Zum Zeitpunkt der Kündigung des Vertrages begonnene Versorgungsleistungen werden vom Leistungserbringer ungeachtet der Kündigungen nach den Bestimmungen dieses Vertrages bis zur Weiterversorgung des Versicherten durch einen anderen Leistungserbringer zu Ende geführt. Für diesen Zeitraum wirken die Regelungen dieses Vertrages fort.

§ 18 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Das betrifft auch das Schriftformerfordernis selbst.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nichtig bzw. rechtswidrig sein oder werden, so wird davon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Die Vertragsparteien sind in einem solchen Fall dazu verpflichtet, eine Bestimmung oder Regelung zu treffen, mit der der gewollte Zweck erreicht wird.
- (3) Sollte der AOK RPS durch gesetzliche Veränderungen, eine Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung oder sonstige rechtliche Vorgaben die Durchführung dieses Vertrages oder einzelner Regelungen dieses Vertrages nicht oder nicht länger erlaubt sein, steht der AOK RPS ein Recht zur außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages zu. Soweit jedoch die Anpassung des bestehenden Vertrages oder einzelner Regelungen des Vertrages an geänderte gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben bzw. an eine geänderte Rechtsprechung möglich und zumutbar ist, geht diese der außerordentlichen, fristlosen Kündigung dieses Vertrages vor.

Eisenberg,

Anlage 1 - Qualitäts- und Versorgungsstandards

1. Allgemeiner Versorgungsablauf

Im Rahmen der Erstversorgung erfolgt die Beratung, Schulung, Anleitung sowie Erstversorgung der Versicherten in der Häuslichkeit der Versicherten, oder, soweit erforderlich, auch an anderen Örtlichkeiten (z. B. in Behinderteneinrichtungen oder Pflegeheimen).

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versicherten über die Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung und deren Applikation und Handhabung regelmäßig, nach Anforderung des Versicherten, ggf. in Absprache mit dem behandelnden Arzt, zu beraten und entsprechend zu versorgen. Bei Bedarf erfolgen eine Überprüfung der Versorgung vor Ort, ggf. eine Anpassung und Nachschulungen.

Sofern der Versicherte nicht in der Lage ist, der Beratung, Schulung und Anleitung zur Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung zu folgen, sind diese mit den Angehörigen bzw. dem Betreuer ggf. auch mit dem Pflegepersonal durchzuführen.

Die Produkte zur enteralen Ernährung werden den Versicherten der AOK RPS frei Haus zur Verfügung gestellt. Die reine Produktlieferung darf auch auf dem Postweg geschehen, sofern die Versorgungssituation und das Krankheitsbild des Versicherten dies zulassen.

Zur Entgegennahme von Versorgungsaufträgen hat der Leistungserbringer von Montag bis Freitag mindestens 8 Stunden während der üblichen Geschäftszeiten eine ständige Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Über eine Notfalldiensttelefonnummer hat der Leistungserbringer einen aktiven 24-Stunden-Notdienst (nicht über Anrufbeantworter) an sieben Tagen pro Woche sicherzustellen. Im Rahmen dieses Notdienstes gewährleistet der Leistungserbringer entsprechend der medizinischen Notwendigkeit eine unverzügliche Behebung der aufgetretenen Versorgungsprobleme sowie notfallmäßige Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung und ggf. erforderliche Nachbetreuung. Der Leistungserbringer wird hierzu sofort tätig und veranlasst weitere Maßnahmen (z. B. Lieferung von Produkten zur enteralen Ernährung bzw. Entsendung von fachlich qualifizierten Mitarbeitern für die Nachbetreuung).

2. Beratungs- und Betreuungsstandards

Zu Beginn jeder Erstversorgung findet in den ersten 3 Monaten nach der Krankenhausentlassung mindestens einmal monatlich eine persönliche Beratung und Betreuung des Versicherten statt; sofern die Versorgungssituation oder das Krankheitsbild des Versicherten einen höheren Bedarf erfordert, hat der Leistungserbringer diesem nachzukommen.

Zu Beginn jeder erstmaligen Versorgung durch den Leistungserbringer nach diesem Vertrag und bei Änderung der ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung erfolgt durch den Leistungserbringer mindestens ein Beratungsbesuch, um den individuellen Bedarf einer bedarfsgerechten, alltagsrelevanten und hochwertigen Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung festzustellen.

Weitere Beratungsbesuche werden auf Anforderung durch den Versicherten, ggf. dessen Angehörige bzw. Betreuer und bei Bedarf in Abhängigkeit vom Krankheitsbild des Versicherten, dem jeweils medizinischen Bedarf und nach den Gegebenheiten der individuellen Versorgungssituation vom Leistungserbringer durchgeführt.

Besuchstermine sind im Vorfeld mit dem Versicherten oder der/den Betreuungsperson/en abzustimmen.

Eine ausschließlich telefonische Beratung genügt diesen Anforderungen nicht.

Die Beratung beinhaltet die Erstellung und Besprechung eines Ernährungsplans einschließlich der Erläuterung der notwendigen Kalorienmenge unter Berücksichtigung alltagsrelevanter Faktoren, Hinweise zur zusätzlichen Flüssigkeitsgabe, zu Pflege- und Hygienemaßnahmen am enteralen Zugang und an den Hilfsmitteln sowie ggf. Abstimmung oder Erstellung einer Dokumentation an den behandelnden Vertragsarzt zum Ernährungszustand des Versicherten.

Dabei überprüft der Leistungserbringer auch den Ernährungsstatus des Versicherten und teilt dies ggf. dem behandelnden Vertragsarzt mit. Bei festgestellten Versorgungsproblemen und versorgungsrelevanten Erkrankungen wird der behandelnde Vertragsarzt informiert. Soweit erforderlich, ist der Ernährungsplan ggf. in Abstimmung mit dem behandelnden Vertragsarzt anzupassen und eine telefonische Information der Angehörigen, Betreuungspersonen oder des Pflegepersonals vorzunehmen.

Über die durchgeführten Beratungsgespräche führt der Leistungserbringer eine Dokumentation, die der AOK RPS auf Anforderung zur Verfügung zu stellen ist.

3. Eignungsvoraussetzungen

Der Leistungserbringer setzt ausschließlich fachlich qualifizierte Mitarbeiter mit ausreichenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen im Umgang mit Produkten zur enteralen Ernährung ein (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/in, ggf. (Kinder)Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in).

Weiter weist der Leistungserbringer zur Erfüllung der Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln die Präqualifizierungsvoraussetzungen entsprechend § 126 Abs. 1 SGB V nach.

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die mit den Leistungen gemäß dieses Vertrages betrauten Mitarbeiter durch regelmäßige, mindestens einmal jährliche, fachspezifische Fort-/Weiterbildung bzw. Schulung stets auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse ihres Arbeitsgebietes zu halten.

Auf Nachfrage sind der AOK RPS entsprechende Nachweise vorzulegen (z. B. Kopie der Berufs-urkunde, Weiterbildungszertifikate).

4. Produktstandards

Die Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Sie müssen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und dem individuellen Bedarf der Versicherten erbracht werden. Die Art und Verwendung richtet sich nach den Herstellerhinweisen. Es erfolgt grundsätzlich ein herstellerunabhängiger Produkteinsatz, wobei der Positivbewertung des Versicherten bei der Bemusterung Vorzug zu geben ist, es sei denn, es sprechen medizinische Gründe dagegen.

Die Grundsätze der Leistungserbringung, § 3 dieses Vertrages, sind zu beachten.

5. Qualitätssicherung, Statistik

Zur Sicherung der Qualität nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V übermittelt der Leistungserbringer einen Bericht in Form einer Excel- oder Access-Tabelle. Diese Daten sind der AOK RPS auf Anforderung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Die Datenübermittlung enthält folgende Datenelemente (Spaltenüberschrift bzw. Felder):

- Versichertennummer (Vers.-Nr.)
- Produktbezeichnung des Herstellers
- Positionsnummer entsprechend **Anlage 2**
- Hilfsmittelpositionsnummer (10-stellig), soweit vorhanden
- Pharmazentralnummer (PZN), inkl. der verabreichten Kalorieneinheiten, soweit vorhanden
- Anzahl der Produkte je Hilfsmittelpositionsnummer und PZN Stückzahlen (keine Verpackungseinheiten)
- Versorgungsbeginn eines Versorgungszeitraums (z. B. 01.05.2015)
- Versorgungsende eines Versorgungszeitraums (z. B. 31.05.2015)
- Betriebsstättennummer der verordnenden Praxis
- Lebenslange Arztnummer des verordnenden Arztes
- Rechnungsnummer
- Rechnungsbetrag brutto
- Zuzahlungsbetrag
- Zahlbetrag

Weitere Inhalte der Statistik können individuell zwischen der AOK RPS und dem Leistungserbringer vereinbart werden.

Anlage 2 – Preisvereinbarung inkl. Leistungsbeschreibung

Leistungserbringergruppenschlüssel (AC/TK): 15 09 E03

1. Sonden- und Trinknahrung – Bilanzierte Diäten

Art der Leistung	Positionsnummer	Preis netto – zuzügl. gesetzl. MwSt.
Monatspauschale Sonden-/ Trinknahrung - Bilanzierte Diäten - bei enteraler Ernährung ¹	02566817	243,70 EUR
Sonden-/ Trinknahrung - Bilanzierte Diäten - bei enteraler Ernährung, hier: Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 17. Lebensjahres ²	PZN	AEP zum 1. Mai 2016 – 15 %
Bilanzierte Diäten – bei nicht enteral ernährten Versicherten ³	PZN	AEP zum 1. Mai 2016 – 15 %

¹ Für Versicherte, die Sonden- und/oder Trinknahrung erhalten, sind mit der Monatspauschale sämtliche im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung benötigten bilanzierten Diäten abgegolten, und zwar unabhängig davon, ob Standard- oder Spezialnahrung abgegeben wird.

² Für Kinder und Jugendliche, die Sonden- und/oder Trinknahrung erhalten, ist die Monatspauschale Sonden-/Trinknahrung – Bilanzierte Diäten – bei enteraler Ernährung nicht parallel abrechenbar.

³ Bei der bloßen Abgabe von Bilanzierten Diäten sind weder Monatspauschalen für Verbandmittel noch für Hilfsmittel abrechenbar.

2. Monatspauschale Verbandmittel

Art der Leistung	Positionsnummer	Preis netto – zuzügl. gesetzl. MwSt.
Monatspauschale Verbandmittel	02566852	10,50 EUR

Mit der Monatspauschale Verbandmittel sind sämtliche im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung benötigten Verbandmittel / Verband-Sets / Hautpflegeartikel, soweit ein gesetzlicher Leistungsanspruch besteht, abgegolten.

3. Monatspauschale Hilfsmittel zur enteralen Ernährung

Art der Leistung	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer	Preis netto – zuzügl. gesetzl. MwSt.
Monatspauschale Hilfsmittel zur enteralen Ernährung	08/09	03 00 99 0700	130,25 EUR

Mit der Monatspauschale Hilfsmittel zur enteralen Ernährung sind sämtliche Hilfsmittel, deren Zubehör und Ersatzteile sowie Verbrauchsmaterialien der Produktgruppe 03, die zur Versorgung im Einzelfall medizinisch notwendig sind, abgegolten, und zwar unabhängig davon, ob die Versorgung über Schwerkraftapplikation oder mit Ernährungspumpen erfolgt. Hierzu zählen insbesondere

- Überleitsysteme zur Schwerkraft-/Pumpenapplikation
- Ernährungsbeutel/-container
- Ernährungspumpen
- Infusionsständer
- Spritzen (auch zur Medikamentengabe)
- Adapter/Konnektoren
- Wechselsets
- Reparatursets
- Taschen, Rucksäcke

Von der Monatspauschale nicht umfasst sind Austauschsonden (Button, Gastro Tube, transnasale Sonden) sowie Sicherheitsverbinder.

Sofern eine Versorgung **ohne Überleitsysteme** erfolgt, ist die Abrechnung der Monatspauschale Hilfsmittel nicht zulässig. Die für die Versorgung notwendigen Hilfsmittel sind entsprechend Nr. 4 abzurechnen.

4. Hilfsmittel zur enteralen Ernährung der Produktgruppe 03, die in der Monatspauschale nicht enthalten sind (Austauschsonden (Button, Gastro Tube, transnasale Sonden) sowie Sicherheitsverbinder) sowie **Hilfsmittel der Produktgruppe 03 zur Applikation von Sondennahrung (Bolusversorgung), wenn eine Versorgung ohne Überleitsysteme erfolgt**

Art der Leistung	Kennzeichen Hilfsmittel	Positionsnummer	Preis netto – zuzügl. gesetzl. MwSt.
Hilfsmittel zur enteralen Ernährung	00	Hilfsmittelpositionsnummer 10-stellig	AEP zum 1. Mai 2016 – 10 %

Die vereinbarten Preise gelten als Höchstpreise und schließen demzufolge die Vereinbarung niedrigerer Preise nicht aus.

Anlage 3 - Versichertenerklärung

Angaben zum Versicherten

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Versichertennummer Telefon

Angaben zum Leistungserbringer

Name Service-Telefon

Anschrift Ansprechpartner

Die/der oben genannte Versicherte bzw. dessen Angehörige/Pflegepersonen wurde/n von oben genanntem Leistungserbringer persönlich über folgende Punkte aufgeklärt:

- Alle Produkte zur enteralen Ernährung, die der Versicherte benötigt, dürfen nur von oben benanntem Leistungserbringer bezogen werden.
- Dies gilt für sämtliche Trink- und Sondennahrung, Verbandmittel, Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien, Zubehör- und Ersatzteile im Bereich der enteralen Ernährung und schließt alle Dienst- und Serviceleistungen ein.
- Geräte sind Eigentum des oben genannten Leistungserbringers und daher servicetechnisch nur von ihm zu betreuen. Nicht mehr benötigte Geräte sind schnellstmöglich an den Leistungserbringer zurückzugeben.
- Ein sorgsamer Umgang mit überlassenen Produkten zur enteralen Ernährung sowie der Schutz vor Diebstahl sind zu beachten.
- Der Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer ist möglich, sofern die Versorgungszeiträume sich nicht überschneiden. Der Versorgungszeitraum für Trink- und Sondennahrung, Verbandmittel, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien sowie ein möglicher Gerätewechsel sind dabei zu berücksichtigen. Der Wechsel ist rechtzeitig mit dem bisher versorgenden Leistungserbringer abzustimmen. Der Versicherte hat zu beachten, dass andernfalls Mehrkosten für ihn entstehen können.
- Namens- oder Adressänderungen sowie ein Wechsel der Krankenversicherung sind sowohl dem Leistungserbringer als auch Ihrer AOK Rheinland-Pfalz/Saarland schnellstmöglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

Zur Beantwortung der im Zusammenhang mit der Versorgung auftretenden Fragen steht Ihnen Ihre AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gerne zur Verfügung.

Anlage 4 – Mehrkostenerklärung

Datenfeld Versicherter
Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsnummer

Datenfeld Leistungserbringer (Absender)
Name – Adresse - IK

Die Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung erfolgt für Sie aufzahlungsfrei, es sei denn, Sie wünschen eine Versorgung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht.

Ich wurde umfassend über das qualitativ hochwertige **aufzahlungsfreie** (gesetzliche Zuzahlung ausgenommen) Angebot der Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung informiert. Mir wurde eine aufzahlungsfreie Versorgung mit folgenden Produkten angeboten:

- _____
- Ich wünsche ausdrücklich eine Versorgung, die über die aufzahlungsfreie Versorgung und somit über das Maß des Notwendigen hinausgeht, obwohl ich über die Möglichkeiten einer aufzahlungsfreien Versorgung aufgeklärt worden bin.
 - Ich wurde über die Mehrkosten in Höhe von ____,__ EUR für den Versorgungszeitraum von _____ bis _____ informiert und entscheide mich, diese selbst zu tragen.
 - Ich wurde darüber informiert, dass anfallende Mehrkosten mir weder von der Krankenversicherung erstattet noch mir im Rahmen der Prüfung einer Zuzahlungsbefreiung angerechnet werden können.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten

Angaben des Leistungserbringers

Es wurde die Lieferung von folgenden aufzahlungspflichtigen Produkten vereinbart:

gewählte Produkte	Stückzahl	Aufzahlung in EUR* pro Monat / Stück
-----	-----	-----
-----	-----	-----

Die Mehrkosten entstehen aufgrund der Lieferung

- von höheren Mengen als medizinisch notwendig
- Sonderwunsch des Versicherten bezüglich aufzahlungspflichtiger Produkte

_____ Datum

_____ Unterschrift und Stempel Vertragspartner

* freiwillige Angabe

Anlage 5 - Werbung

Werbung hat den Charakter der Bedarfsweckung und Bedarfslenkung.

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

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

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

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

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

Der Hinweis auf z. B. vom Hersteller vorgegebene Wartungsfristen gilt nicht als unzulässige Werbung.

Anlage 6 - Beitritts- und Anerkenniserklärung

zum Vertrag zur Versorgung mit Sonden- und Trinknahrung, Verband- und Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung nach § 127 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 1. Mai 2016 und dem „Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Orthopädie- und Medizintechnik sowie mit Rehabilitationsmitteln nach § 127 Abs. 2 SGB V“ (Rahmenvertrag) in der jeweils aktuell geltenden Fassung

zwischen dem

Leistungserbringer E03

und der

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg

Hiermit trete ich dem Vertrag zur Versorgung mit Sonden- und Trinknahrung, Verband- und Hilfsmitteln zur enteralen Ernährung nach § 127 Abs. 2 SGB V vom 1. Mai 2016 und dem Rahmenvertrag in der jeweils aktuell geltenden Fassung bei.

Exemplare der o. g. Verträge nebst aller Anlagen habe ich erhalten und ich lasse sie in ihrer Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesen Verträgen ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Der Beitritt wird erst wirksam, wenn die Präqualifizierungs- und Eignungsvoraussetzungen vollständig durch die entsprechenden Unterlagen nachgewiesen sind. Als Anlage füge ich diese Unterlagen bei.

Weiter erkläre ich mich bereit, dass ich spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie dessen Anlagen ohne weitere Anerkennung gegen mich gelten lasse, soweit ich von der AOK RPS hierüber informiert wurde und innerhalb von vier Wochen nicht von meinem hiermit eingeräumten außerordentlichen Kündigungsrecht Gebrauch gemacht habe.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Name des Unterschriftsberechtigten
in Druckschrift

IK-Nr: _____

Abrechnungsbedingungen für die Abrechnung nach § 300 SGB V für Sonstige Leistungserbringer

der

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland -
Die Gesundheitskasse
Virchowstr. 30,
67304 Eisenberg**

(nachstehend „AOK RPS“)

IK 107310373

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Gegenstand der Regelungen
- § 2 Lieferberechtigung
- § 3 Allgemeine Abgabebestimmungen
- § 4 Zuzahlung
- § 5 Rechnungslegung allgemein
- § 6 Rechnungsbegleichung
- § 7 Übermittlung der Daten
- § 8 Sachliche und rechnerische Beanstandungen
- § 9 Datenschutz
- § 10 In-Kraft-treten

Anlagen:

Anlage 1: Abrechnungsstellen

§ 1 Gegenstand der Regelungen

- (1) Gegenstand dieser Regelungen sind die Abrechnungsmodalitäten für gelieferte Produkte im Rahmen von Preisvereinbarungen zu Lasten der AOK RPS durch Leistungserbringer. Von diesen Abrechnungsbedingungen ausgenommen sind Produkte, für die gesonderte vertragliche Vereinbarungen bestehen. Derartige Vereinbarungen gehen diesen Abrechnungsbedingungen vor.

Diese Regelungen ersetzen die bisherige Abrechnungsvereinbarung der ehemaligen AOK Saarland vom 01.08.2006 mit Ausnahme von deren Anlagen und Preisvereinbarungen, soweit diese bislang anwendbar war.

§ 2 Lieferberechtigung

Die Berechtigung zur Lieferung der Produkte nach § 1 setzt die Anerkennung dieser Abrechnungsbedingungen voraus. Die Preise und Gebühren der Produkte werden separat geregelt.

§ 3 Allgemeine Abgabebestimmungen

- (1) Die Abgabe erfolgt aufgrund einer von Vertragsärzten, von ermächtigten ärztlichen Einrichtungen sowie an der Notfallversorgung beteiligten Ärzte und Einrichtungen ordnungsgemäß ausgestellten Originalverordnung (Absätze 2 und 3), für die grundsätzlich Muster 16 (Querformat) der Vordruckvereinbarung verwendet wird.
- (2) Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine Verordnung, wenn sie folgende Angaben enthält:
- a) Bezeichnung der Krankenkasse
 - b) Kassenummer
 - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
 - d) Versicherten-Nummer
 - e) Vertragsarzt-Nummer
 - f) Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte
 - g) Ausstellungsdatum
 - h) Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Absatz 5 Satz 1 SGB V)
 - i) Kennzeichen der Statusgruppe 6, 7, 8 und 9
 - j) Kennzeichen für Unfall, soweit zutreffend
 - k) Kennzeichen der Gebührenpflicht oder Befreiung, soweit zutreffend
 - l) Unterschrift des Vertragsarztes
 - m) Vertragsarztstempel und entsprechender Aufdruck
- (3) Fehlen auf dem Verordnungsblatt die Angaben nach Abs. 2 Buchstaben c) und d) bzw. l) oder m), darf das Rezept nicht beliefert werden. Ansonsten ist die AOK RPS berechtigt, auf null zu retaxieren. Eine fehlende Arztunterschrift kann nicht geheilt werden.
- (4) Die Bezeichnung des Kostenträgers durch den Vertragsarzt ist für die Krankenkasse verbindlich.

- (5) Fehlt auf der Verordnung die Angabe der Betriebsstättennummer (im Arztfeld) oder die lebenslange Arztnummer oder besteht keine Übereinstimmung mit dem Aufdruck, ist das Rezept dem Arzt zur Korrektur zurückzugeben.
- (6) Eine Verordnung darf nur innerhalb von 1 Monat nach der Ausstellung beliefert werden. Bei Fristüberschreitung ist die AOK RPS berechtigt, auf null zu retaxieren.
- (7) Verordnungsblätter sind Urkunden. Veränderungen von Art und Abgabemenge müssen vor Abrechnung vom Arzt mit Unterschrift bestätigt werden. Nachträgliche Änderungen werden nicht anerkannt.
- (8) Duplikate werden nicht anerkannt. Die AOK RPS ist berechtigt, das Rezept auf null zu retaxieren.
- (9) Porto- und Beschaffungskosten sind nicht abrechenbar.
- (10) Werden Produkte ohne nähere Bezeichnung durch den Arzt verordnet, wählt der Lieferant unter Beachtung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ein zweckmäßiges aus. Stehen mehrere vergleichbare Produkte zur Verfügung, ist eines der 3 preisgünstigsten, am Markt verfügbaren Produkte, abzugeben. Wird bei der Verordnung mehrerer Packungen der Inhalt der nächst größeren Packung erreicht, so ist diese abzugeben und zu berechnen. Im Übrigen wird auch auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V verwiesen.

§ 4 Zuzahlung

- (1) Der Leistungserbringer erhebt den vom Versicherten zu zahlenden gesetzlichen Zuzahlungsbetrag. Die Beträge sind bei der Rechnungslegung zu verrechnen.
- (2) Hat der Vertragsarzt trotz Vorliegen eines gültigen Befreiungsbescheides keine Befreiung auf der Verordnung vermerkt, so gleicht der Leistungserbringer die Versichertendaten des vorgelegten Befreiungsausweises mit denen der eingereichten Verordnung ab. Bei inhaltlicher Übereinstimmung wird keine Zuzahlung erhoben und die Zuzahlung mit „0“ gekennzeichnet. Änderungen werden auf der Verordnung mit dem Vermerk „Befreiungsbescheid hat vorgelegen“ dokumentiert.
- (3) Leistet der Versicherte die erforderliche Zuzahlung zum Zeitpunkt der Abgabe des Produktes nicht oder nicht in voller Höhe, erhält er durch den Leistungserbringer eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit Zahlungsfrist. Erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Aufforderung keine Zahlung durch den Versicherten, kann der Leistungserbringer das Verordnungsblatt mit dem Vermerk „Mahnverfahren“ abrechnen. Dabei bleibt die Verordnung als gebührenpflichtig gekennzeichnet, die ausstehende Zuzahlung ist auf dem Verordnungsblatt mit „0,00“ im Zuzahlungsfeld auszuweisen. Erst danach ist das Rezept abzurechnen.
- (4) Gemäß § 43c Abs. 1 SGB V erfolgt die Einziehung der noch ausstehenden Forderung gegen den Versicherten durch die AOK RPS. Der komplette Schriftwechsel zum Mahnverfahren ist der AOK RPS zu übergeben. Der Zahlungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK RPS bleibt hiervon unberührt.

§ 5 Rechnungslegung allgemein

- (1) Die Rechnungslegung durch den Sonstigen Leistungserbringer erfolgt spätestens bis zum Ende des 2. Monats, der auf den Liefermonat folgt. Die Abrechnung besteht grundsätzlich aus einer Rechnung für den abgeschlossenen Kalendermonat, den

Datensätzen nach der Technischen Anlage 3 der Rahmenvereinbarung nach § 300 SGB V, den Ordnungsblättern und den Ordnungsblättern in digitalisierter Form nach der Technischen Anlage 4 der Rahmenvereinbarung nach § 300 SGB V. Die Abrechnung umfasst grundsätzlich die Ordnungsblätter des Liefermonats. Erfolgt die Abrechnung einer Verordnung später als in Satz 1 beschrieben, kann eine Kürzung des Bruttorezeptbetrages um 5% erfolgen.

- (2) Das Fehlen eines in Abs. 1 genannten Bestandteils der Rechnung berechtigt die AOK RPS zur Abweisung derselben.
- (3) Die Rechnungslegung kann durch den Sonstigen Leistungserbringer selbst oder ein von ihm beauftragtes Rechenzentrum vorgenommen werden. Der Sonstige Leistungserbringer teilt der Kasse Beginn und Ende der Teilnahme an der zentralen Abrechnung durch Vorlage des Abrechnungsauftrages bzw. Widerrufs mit.
- (4) Soweit der Sonstige Leistungserbringer ein Rechenzentrum mit der Abrechnung beauftragt, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz) auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer ist bei Aufforderung der Kasse vorzulegen.
- (5) Die Abrechnung erfolgt aufgrund einer ordnungsgemäß nach § 3 Absatz 2 ausgestellten Verordnung, die zusätzlich, maschinenlesbar, folgende Angaben enthält:
 - Pharmazentralnummer (PZN)
 - (Mengen-) Faktor
 - Bruttopreis je verordnetem Mittel (PZN x Faktor)
 - Gesamt-Brutto
 - (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
 - Institutionskennzeichen des Sonstigen Leistungserbringers nach § 293 SGB V
 - Namensaufdruck des Leistungserbringers
 - Abgabedatum (Vorderseite)
 - vollständige Belegnummer der TA 3 Datenlieferung
- (6) Die Papierrechnung enthält folgende Angaben:
 - Monat, für den abgerechnet wird
 - Rechnungsnummer
 - Rechnungsdatum
 - Name, Anschrift und Institutionskennzeichen der abrechnenden Stelle
 - Gesamtzahl der Images

Sie ist in folgende Gruppen zu unterteilen:

100 = Mitglied (M)

300 = Familienangehörige (F)

500 = Rentner und Angehörige (R)

600 = BVG

650 = BSHG

670 = EWR

710 = Hilfsmittel / Mitglieder

730 = Hilfsmittel / Familienangehörige

750 = Hilfsmittel / Rentner

Je Gruppe und insgesamt sind auszuweisen:

- a) die Summe der Bruttobeträge
- b) die Summe der auf die Verordnungsblätter entfallenden Zuzahlungsbeträge
- c) die Summe der Nettobeträge (Bruttobeträge – Zuzahlungsbeträge)
- d) Skonto (von c)
- e) die Anzahl der abgerechneten Verordnungsblätter
- f) gesetzliche Mehrwertsteuer (soweit technisch verfügbar)

§ 6 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen werden innerhalb von 30 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Unterlagen beglichen.
- (2) Die Begleichung erfolgt unter dem Vorbehalt einer späteren Prüfung. Die Krankenkassen berücksichtigen dabei die bei der Rechnungsprüfung festgestellten rechnerischen und sachlichen Korrekturen.
- (3) Zahlungen an die Rechenzentren erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen dem Auftragnehmer und dem Sonstigen Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Soweit Rechenzentren als Erfüllungsgehilfen handeln, hat der Sonstige Leistungserbringer deren Verschulden wie eigenes Verschulden zu vertreten (§ 278 BGB).
- (4) Ergibt sich zu Lasten des Leistungserbringers eine rechnerische oder sachliche Beanstandung und rechnet der Leistungserbringer zum Zeitpunkt der Festsetzung der Beanstandung nicht mehr über dasselbe Rechenzentrum ab, so ist evtl. ein Abzug gegenüber diesem Rechenzentrum nicht mehr zulässig. Die AOK RPS macht ihre Forderung gegenüber dem neuen Rechenzentrum geltend. Der Leistungserbringer hat diese Vorgehensweise mit seinem Rechenzentrum sicherzustellen.

§ 7 Übermittlung der Daten

- (1) Die Übermittlung der Daten nach § 6 Absatz 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V auf Datenträgern bzw. mittels Datenfernübertragung erfolgt zeitgleich mit der Rechnungslegung an die Datenannahmestellen der Krankenkasse nach den Vorgaben der Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V.
- (2) Alle Verordnungsblätter nach Muster 16 (Querformat) sind in digitalisierter Form (Images) bis zu vier Wochen nach Ablauf des Liefermonats auf Abruf bereitzuhalten und der Krankenkasse auf Verlangen am Ort der Imageerstellung zur Verfügung zu stellen. Nach Übergabe der Images an die Krankenkasse sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere 6 Wochen aufzubewahren. Für die technische und organisatorische Form der Bereitstellung sind die Bestimmungen nach Anlage 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V anzuwenden.

§ 8 Sachliche und rechnerische Beanstandungen

- (1) Rechnungs- und Taxbeanstandungen müssen innerhalb von 9 Monaten nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen gegenüber den Sonstigen Leistungserbringern geltend gemacht werden.
- (2) Vergütungsansprüche für Produkte können nach Ablauf von 12 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats der Abgabe an, nicht mehr geltend gemacht werden. Die AOK RPS ist berechtigt, den Rezeptbetrag in diesem Fall auf null zu kürzen.
- (3) Die Absetzung/Verrechnung der Forderung erfolgt nach Ablauf der Einspruchsfrist an einer laufenden Forderung.
- (4) Einsprüche gegen Beanstandungen der Krankenkasse sind unter Angabe von Gründen innerhalb von 2 Monaten nach Bekanntgabe bei der Krankenkasse zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt.
- (5) Die Prüfung des Einspruchs durch die AOK RPS erfolgt innerhalb von 2 Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der AOK RPS. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine schriftliche Stellungnahme der AOK RPS, gilt der Einspruch als anerkannt.
- (6) Die abrechnende Stelle erhält eine Fehlerzusammenstellung in Form einer Liste.
- (7) Verordnungsblätter, die ein anderes gültiges Institutionskennzeichen als das der AOK RPS aufweisen, werden von der AOK RPS an den Leistungserbringer/Rechenzentrum zurückgesandt. Für den durch das Heraussuchen der Originale und die Rücksendung entstehenden Verwaltungsaufwand wird dem Rechenzentrum ein Betrag in Höhe von 5 Euro mit der laufenden Forderung verrechnet.

§ 9 Datenschutz

- (1) Die Sonstigen Leistungserbringer dürfen die ihnen mit den Verordnungsblättern offenbarten personenbezogenen Daten - auch über das Ende der Lieferbeziehung hinaus - nur in dem datenschutzrechtlich zulässigen Umfang verwenden.
- (2) Insbesondere sind die zur Durchführung der Belieferung und Abrechnung beauftragten Personen über die Datenschutzvorschriften zu informieren.

§ 10 In-Kraft-treten

Diese Bedingungen treten am **01.05.2016** in Kraft. Sollte eine Bestimmung dieser Bedingungen unwirksam oder undurchführbar sein, so bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon unberührt.

Die AOK RPS behält sich zukünftige Änderungen dieser Abrechnungsbedingungen vor. Im Falle einer solchen Änderung werden die bis dahin abrechnenden Sonstigen Leistungserbringer rechtzeitig und formlos über die erfolgten Änderungen informiert.

Anlage 1

Papierrechnungen inklusive Rezepte an:

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Abrechnungsstelle § 300 Sonstige Leistungserbringer

Knappschaftsstr. 1

66538 Neunkirchen

Kostenträger IK 107310373

TA3 und TA4 Daten an:

ITS Care Rechenzentrum

Fünftenweg

34613 Schwalmstadt

Siehe auch <http://dta.aok.de/hilfe/ansprechpartner.htm>