

Versorgungsvertrag
für Trinknahrung nach § 127 Abs. 2 SGB V
für Abrechnungen nach § 300 SGB V

zwischen

Institutionskennzeichen (IK):

(bitte alle IK's angeben)

(Hier bitte den Firmenstempel einfügen)

- nachstehend „Leistungserbringer“ -

und

Kostenträger (IK):
101097008

der AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse
vertreten durch den Vorstand
Lüneburger Str. 4
39106 Magdeburg

- nachstehend „AOK“ - wird Folgendes vereinbart:



Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand des Vertrages
§ 2	Allgemeine Abgabe- und Lieferbestimmungen
§ 3	Ergänzende Bestimmungen
§ 4	Zuzahlung
§ 5	Rechnungslegung und Abrechnung
§ 6	Imageverarbeitung und Rezeptversand
§ 7	Rechnungsbegleichung
§ 8	Sachlich und rechnerische Beanstandungen
§ 9	Datenschutz
§ 10	Werbung
§ 11	Sonstiges
§ 12	Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen
§ 13	In-Kraft-Treten und Kündigung

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Preise
Anlage 2	Abrechnungsstellen
Anlage 3	Abtretungserklärung



§ 1 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung mit erstattungsfähiger Trinknahrung (Spezial- und Standardnahrung) nach § 31 Abs. 5 SGB V (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten entsprechend der jeweils gültigen Arzneimittelrichtlinie) von Versicherten der AOK, einschließlich des Personenkreises nach § 264 SGB V, durch den Leistungserbringer. Von diesem Vertrag ausgenommen sind Produkte, die im Rahmen der enteralen Ernährung über eine Sonde gegeben werden.

§ 2 Allgemeine Abgabe- und Lieferbestimmungen

- (1) Grundlage der Leistungspflicht der AOK ist eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) im Original. Verordnungskopien werden grundsätzlich nicht akzeptiert. Die Abgabe erfolgt aufgrund ordnungsgemäß ausgestellter vertragsärztlicher Originalverordnung (Muster 16) zu Lasten der AOK.
- (2) Eine vertragsärztliche Verordnung ist ordnungsgemäß ausgestellt, wenn sie den Anforderungen der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V sowie den Vorschriften nach § 2 der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVerschrVO) entspricht. Diese sind neben Angaben zu den verordneten Produkten und der Menge insbesondere folgende weitere Angaben:
 - a) Bezeichnung der Krankenkasse AOK
 - b) Institutskennzeichen der AOK Sachsen-Anhalt (IK 101097008)
 - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
 - d) eGK-Versicherten-Nummer
 - e) Betriebsstättennummer und lebenslange Arzt-Nummer
 - f) Ausstellungsdatum
 - g) Status des Versicherten
(einschl. der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
 - h) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 7
 - i) Kennzeichnung der Gebührenpflicht oder der Gebührenbefreiung
 - j) Unterschrift des Vertragsarztes
 - k) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck
 - l) Abgabedatum
 - m) Telefonnummer des Vertragsarztes
- (3) Ein Fehlen der Angaben nach Abs. 2 Buchstaben a) oder b) und h) berechtigt nicht zur Zurückweisung des Ordnungsblattes bei der Abgabe. Bei Anwendung des Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten als Angabe zu Buchstabe d).
- (4) Fehlen auf dem Ordnungsblatt die Angaben nach Abs. 2 Buchstaben c) und d) bzw. f), j) und/oder k) bzw. Angaben zum Produkt, darf das Rezept nicht beliefert werden. Ansonsten ist die AOK berechtigt, den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen.
- (5) Fehlt auf der Verordnung die Angabe der Betriebsstättennummer (im Arztfeld) oder die lebenslange Arztnummer bzw. besteht keine Übereinstimmung der Betriebsstättennummer, die auf das Rezept aufgedruckt ist und dem Arztstempel, ist das Rezept dem Arzt zur Korrektur zurückzugeben. Eine Beanstandung nach erfolgter Abrechnung durch die AOK ist



möglich. Eine Heilung auf dem Image im Rahmen des Einspruchsverfahrens wird zugelassen.

- (6) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats nach der Ausstellung beliefert werden. Bei Fristüberschreitung ist die AOK berechtigt, den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen. Im begründeten Einzelfall kann die Verordnung auch nach Ablauf der Monatsfrist abgerechnet werden. Dabei muss die Rücksprache mit dem Arzt auf dem Rezept vermerkt werden oder der Leistungserbringer macht glaubhaft, dass die Fristüberschreitung ausschließlich aus Gründen der Genehmigung unvermeidbar war.
- (7) Die Abgabe von Trinknahrung an Versicherte der AOK unterliegt der vorherigen Genehmigung. Die AOK ist berechtigt, den Genehmigungsvorbehalt durch einseitige Erklärung zu verändern, z.B. ganz oder teilweise aufzuheben.
- (8) Eine Verordnung für eine genehmigungsbedürftige Leistung, welche vor Abgabe nicht zur Genehmigung eingereicht wurde, berechtigt die AOK, den Rezeptbetrag im Wege der nachträglichen Prüfung (Retaxation) auf 0,00 EUR zu kürzen. Es besteht in diesem Falle kein Anspruch auf nachträgliche Genehmigung. Dem Versicherten dürfen aus einer solchen Ablehnung resultierenden Versorgungskosten nicht in Rechnung gestellt werden.
- (9) Sobald die technischen Voraussetzungen für die elektronische Übermittlung des Kostenvoranschlags und der vertragsärztlichen Verordnungen zur Genehmigung nach § 2 Abs. 7 des Vertrages bei der AOK vorliegen, müssen die Unterlagen zur Genehmigung in elektronischer Form (elektronischer Kostenvoranschlag) an die AOK übermittelt werden. Der Beginn des Verfahrens wird durch die AOK in einem gesonderten Schreiben bekanntgegeben. Die elektronischen Daten müssen entweder über die AOK Internetplattform (www.aok24.de) oder unter Beauftragung eines Rechenzentrums an die Onlinegeschäftsstelle der AOK in Stuttgart übermittelt werden. Der AOK entstehen hierfür keine Kosten. Für den Fall, dass der Vertragspartner die Versorgungsanzeige und/oder die vertragsärztliche Verordnungen systematisch nicht elektronisch übermittelt, steht der AOK eine Aufwandsentschädigung für die manuelle Erfassungstätigkeit in Höhe von 4,50 Euro pro Versorgungsanzeige zu; vorgenannte Forderungen können durch die AOK mit Forderungen des Leistungserbringers nach diesem Vertrag verrechnet werden. Dies gilt auch bei Einschaltung eines Abrechnungszentrums.
- (10) Der Leistungserbringer führt die Versorgung grundsätzlich entsprechend der vertragsärztlichen Verordnung durch. Sofern es sich um norm- oder hochkalorische Standardnahrung handelt, darf im Einzelfall von der Verordnung nach Rücksprache mit dem Verordner abgewichen werden. Der max. Abrechnungspreis des ursprünglich verordneten Produktes darf bei der Auswahl eines abweichenden Produktes nicht überschritten werden; die Rücksprache mit dem Verordner ist im unteren Feld der Vorderseite (Codierzeile) der vertragsärztlichen Verordnung zu dokumentieren.

§ 3

Ergänzende Bestimmungen

- (1) Verordnungsblätter sind Urkunden. In begründeten Ausnahmefällen ist der Leistungserbringer berechtigt, Änderungen hinsichtlich der Art und Menge nachvollziehbar auf dem Verordnungsblatt nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu dokumentieren. Der Arzt muss gegenzeichnen. Die Gegenzeichnung des Arztes muss vor Abrechnung erfolgen. Eine Heilung nach Rezeptabrechnung wird nicht anerkannt. Änderungen und Ergänzungen auf Verordnungsblättern sind grundsätzlich mit schwarzer oder blauer Farbe vorzunehmen.



- (2) Fehlt die Angabe zur Menge so ist die Packung mit der kleinsten verkehrsfähigen Stückzahl abgabe- und abrechnungsfähig. Wird eine nicht handelsübliche Packung verordnet, so ist die Packung mit der nächst kleineren verkehrsfähigen Stückzahl/Menge abgabe- und abrechnungsfähig.
- (3) Verordnungen, bei denen bei Wahrung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt eine Fälschung erkennbar ist, dürfen nicht beliefert werden. Die AOK ist nicht verpflichtet, Lieferungen aufgrund erkennbar gefälschter Verordnungen zu bezahlen.
- (4) Neben der gesetzlichen Zuzahlung dürfen den Versicherten grundsätzlich keine Kosten entstehen, außer der Versicherte wünscht die Versorgung mit einem anderen als dem verordneten Produkt. Dieses andere Produkt muss ordnungsfähig und dazu geeignet sein, dem therapeutischen und funktionellen Zweck zu entsprechen. Entstehen dadurch Mehrkosten, können diese dem Versicherten im Rahmen einer privatrechtlichen Vereinbarung in Rechnung gestellt werden.
- (5) Andere Gebühren, z.B. Porto- und Beschaffungskosten, sind nicht abrechenbar und können weder den Versicherten noch der AOK in Rechnung gestellt werden.
- (6) Den Versicherten steht die Wahl unter den vertraglich gebundenen Leistungserbringern frei. Leistungserbringer dürfen mit Vertragsärzten oder anderen Personen keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen zum Zwecke der Zuführung von Versicherten oder der Zuweisung von Verordnungen zu Lasten der AOK treffen – vgl. § 128 SGB V.
- (7) Eine über die übliche fachliche Beratung hinausgehende Beeinflussung der Anspruchsberechtigten, sich bestimmte Mittel bzw. Mengen zu Lasten der AOK verordnen zu lassen, ist unzulässig.
- (8) Die AOK kann zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der Versorgung eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vornehmen lassen. Liegt keine medizinische Notwendigkeit der Versorgung vor, besteht kein Anspruch auf Vergütung der Leistung.

§ 4 Zuzahlung

- (1) Der Leistungserbringer erhebt den von der/dem Versicherte/n zu zahlenden gesetzlichen Zuzahlungsbetrag. Die einbehaltenen Beträge sind bei der Rechnungslegung mit der AOK zu verrechnen.
- (2) Hat der Leistungserbringer Zweifel an der Rechtmäßigkeit des auf der Verordnung aufgetragenen Befreiungsstatus, überprüft er das Vorliegen eines Befreiungsausweises.
- (3) Hat der Vertragsarzt trotz Vorliegens eines gültigen Befreiungsbescheides keine Befreiung nach §§ 61, 62 SGB V auf der Verordnung vermerkt, so überprüft der Leistungserbringer die Versichertendaten des vorgelegten gültigen Befreiungsausweises mit denen der eingereichten Verordnung. Stellt er die inhaltliche Übereinstimmung fest, wird keine Zuzahlung erhoben und die Zuzahlung mit „Null“ gekennzeichnet. Änderungen des Befreiungsstatus dürfen von dem Leistungserbringer nur vorgenommen werden, wenn der/dem Versicherte/n den Befreiungsausweis vorgelegt hat. Die Änderungen auf der Verordnung werden mit dem Vermerk „Befreiungsausweis hat vorgelegen“ dokumentiert und abgezeichnet.



- (4) Leistet der/die 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 einer Zahlungsfrist. Erfolgt innerhalb von vierzehn Tagen nach Zahlungsaufforderung keine Zahlung durch den Versicherten, kann der Leistungserbringer das Verordnungsblatt mit dem Vermerk "anhängiges Mahnverfahren nach § 43b SGB V" oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk abrechnen. Dabei bleibt die entsprechende Verordnung als gebührenpflichtig gekennzeichnet, die ausstehende Zuzahlung ist auf dem Verordnungsblatt mit dem Betrag „0,00 EUR“ im Zuzahlungsfeld auszuweisen. Erst danach ist das Rezept abzurechnen.
- (5) Gemäß § 43b Abs. 1 SGB V erfolgt die Einziehung der noch ausstehenden Forderung gegen den/die Versicherte/n durch die AOK. Der komplette Schriftwechsel zum Mahnverfahren ist der AOK zu übergeben. Der Zahlungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber der AOK bleibt hiervon unberührt.
- (6) Zuzahlungsforderungen vom Leistungserbringer gegenüber der AOK werden nach erfolgter Abrechnung nur dann akzeptiert, wenn die Zuzahlung auf der Verordnung durch die Bedruckung des entsprechenden Feldes mit 0,00 EUR als nicht einbehalten ausgewiesen wurde. Eine nachträgliche Korrektur der Bedruckung in Höhe der Zuzahlung ist nicht mehr möglich.

§ 5

Rechnungslegung und Abrechnung

- (1) Die Rechnungen sind gemäß der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung zu erstellen. Es gelten die Bestimmungen der Technischen Anlagen zum Datenträgeraustausch nach § 300 SGBV in der jeweils gültigen Fassung. Eine Rechnung besteht mindestens aus Folgendem
 - der Papierrechnung
 - unter Beifügung der zugrunde liegenden Verordnungen
 - der RECP/ABRP Datensätze
 - sowie der zugehörigen Images (TA4 Daten).
- (2) Die Rechnungslegung der belieferten Verordnungsblätter eines abgeschlossenen Kalendermonats und zugehöriger rechnungsbegründender Unterlagen erfolgt durch den Leistungserbringer bzw. das durch ihn beauftragte Rechenzentrum jeweils zum 15. des Folgemonats nach Belieferung. Wird die Abrechnung verspätet eingereicht und dadurch der Krankenkasse die Möglichkeit genommen, ihre Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. andere Krankenkassen) geltend zu machen, erfolgt eine Rückforderung oder Verrechnung des Rezeptwertes gegenüber dem Leistungserbringer.
- (3) Der Leistungserbringer versieht die Verordnung zum Zwecke der Abrechnung mit folgenden Angaben in maschinenlesbarer Form:
 - Pharmazentralnummer (PZN)
 - Mengenbezeichnung = Faktor
 - Bruttopreis je Zeile
 - Gesamtbrutto
 - Zuzahlung gesamt
 - Abgabedatum



- Institutionskennzeichen der abgebenden Stelle (IK)
- Namensaufdruck des Leistungserbringers

Das Fehlen des Abgabedatums und/oder der PZN berechtigt die Krankenkasse den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen. Eine erneute Abrechnung ist nach unverzüglicher Heilung möglich.

- (4) Der Leistungserbringer oder ein durch ihn beauftragtes Rechenzentrum erstellt zusätzlich zur Rechnung eine Sammelrechnung, welche die Gesamtanzahl der abrechnenden Leistungserbringer und das Institutionskennzeichen des Rechenzentrums enthält, sowie eine Einzelrechnung je Leistungserbringer, die dessen Institutionskennzeichen enthält.
- (5) Der Leistungsanspruch entsteht nicht vor Ausstellung der Verordnung. Eine Belieferung vor Ausstellungsdatum ist nicht möglich und führt zu einer Retaxierung auf 0,00 EUR.
- (6) In der Rechnung sind je Statusgruppe* folgende Angaben auszuweisen:
 - a) Anzahl der abgerechneten Verordnungsblätter
 - b) Summe der Bruttobeträge
 - c) Summe der auf die Verordnungsblätter entfallenden Zuzahlungsbeträge
 - d) Summe der Nettobeträge.

*

Statusgruppe	Klartext
100	Mitglieder
300	Angehörige
500	Rentner und deren Angehörige
600	BVG
650	BSHG
670	Ausland

Dabei ist eine Trennung je Versicherten- und Rezeptstatus vorzunehmen.

- (7) Erfolgt die Abrechnung durch ein Rechenzentrum, so zahlt die AOK an dieses mit befreiender Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Dies gilt solange, bis ein schriftlicher Widerruf des Abrechnungsauftrages durch den Leistungserbringer bei der AOK eingegangen ist. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der AOK gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Eine Abtretung der Forderung des Leistungserbringers gegenüber der AOK ist nur an ein Rechenzentrum zulässig (§§ 398, 399 BGB). Eine Erklärung, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen, ist der AOK vorher schriftlich zu übermitteln. Hierfür ist das Formblatt in Anlage 3 zu verwenden. Der Leistungserbringer haftet für Fehlverhalten des von ihm beauftragten Rechenzentrums in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.
- (8) Ergibt sich zu Lasten des Leistungserbringers eine rechnerische oder sachliche Beanstandung und rechnet der Leistungserbringer zum Zeitpunkt der Festsetzung der Rechnungsbeanstandung nicht mehr über dasselbe Rechenzentrum ab, so ist ein Abzug gegenüber dem damaligen Rechnungszentrum nicht mehr zulässig. Die AOK macht ihre Forderung gegen-



über dem neuen Rechenzentrum bzw. dem betreffenden Leistungserbringer geltend. Der Leistungserbringer hat diese Vorgehensweise mit seinem Rechenzentrum sicherzustellen.

- (9) Für Apotheken gelten die entsprechenden Abrechnungsregelungen der elektronischen Rezeptabrechnung des Arzneimittelversorgungsvertrages in der jeweils gültigen Fassung analog unter Ausschluss der Regelungen zum Sprechstundenbedarf und der jeweils gültigen Fassung zur Kostenpauschale für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter.
- (10) Es gelten die Bestimmungen des § 303 SGB V.

§ 6 Imageverarbeitung und Rezeptversand

- (1) Der Leistungserbringer hat die Verpflichtung, die Abrechnungsdaten in für die AOK unmittelbar verwertbarer Form unter Berücksichtigung der Vorgaben der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V nebst zugehörigen technischen Anlagen vollständig zu liefern.
- (2) Der Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Rechenzentrum digitalisiert die Verordnungsblätter zu Images (gemäß TA 4) kostenfrei.
- (3) Die auf den Verordnungsblättern aufgebrachten Daten werden im Rahmen der Imageverarbeitung nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 der Vereinbarung zur Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V durch den Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Rechenzentrum erfasst und diese in Form von magnetischen Datenträgern der AOK zur Verfügung (Rechnungsdaten, Nachrichtentyp RECP und ABRP gemäß TA 3) gestellt.
- (4) Die Images sind gemeinsam mit den RECP- und ABRP-Daten an die AOK (siehe Anlage 2) zu übermitteln.
- (5) Die Verordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) bis zu 4 Wochen nach Ablauf des Abrechnungsmonates auf Abruf bereitzuhalten und der AOK auf Verlangen am Ort der Imageerstellung zur Verfügung zu stellen. Nach Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die AOK sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere 6 Wochen aufzubewahren. Abweichende Vereinbarungen über den Abruf der Images können zwischen den Vertragsparteien getroffen werden.
- (6) Die Originalverordnungsblätter sind Bestandteil der Papierrechnung. Fehlen die Originalverordnungen, berechtigt das zur Abweisung der Rechnung.
- (7) Der Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Rechenzentrum ist vom Empfänger (siehe Anlage 2) über festgestellte Mängel der Datenlieferung (Satzart RECP) entsprechend Abschnitt 6 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V unverzüglich zu unterrichten. Die Begründungen für die Zurückweisung sind dem Leistungserbringer oder dem von ihm beauftragten Rechenzentrum – soweit möglich – in nachvollziehbarer Form mitzuteilen. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln.
- (8) Es gelten die Bestimmungen des § 303 SGB V.



§ 7 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen sind innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der AOK bzw. bei der von ihr benannten Abrechnungsstelle zu begleichen. Gibt der Leistungserbringer per Rechnungslegung ein längeres Zahlungsziel vor, gilt dieses anstelle der 30-Tage-Frist. In den Fällen, in denen vertraglich eine Neueinreichung der Rechnung vorgesehen ist, beginnt die Frist mit Eingang der vollständigen Unterlagen neu zu laufen.
- (2) Die Rechnungen gelten im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit dem Tage der Hingabe des Auftrages an das Geldinstitut als beglichen.
- (3) Zahlungen der AOK an das von dem Leistungserbringer mit der Rezeptabrechnung beauftragte Rechenzentrum haben befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Der Leistungserbringer haftet für Fehlverhalten der von ihm beauftragten Abrechnungsstelle in gleichem Umfang wie für einen Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB).
- (4) Alle Zahlungen an einen Leistungserbringer oder ein von diesem beauftragtes Rechenzentrum erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung.
- (5) Rechnungen sind nur zu begleichen, wenn die Abrechnung entsprechend der Berücksichtigung der Vorgaben dieses Vertrages sowie der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V nebst zugehörigen technischen Anlagen erfolgt.

§ 8 Sachliche und rechnerische Beanstandungen

- (1) Sachliche und rechnerische Beanstandungen haben innerhalb von 12 Monaten nach Eingang der Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V durch die AOK zu erfolgen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen werden schriftlich gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht. Geeignete Beweismittel (Kopien, Print-Images o.ä.) sind beizufügen.
- (2) Vergütungsansprüche sind verjährt, wenn sie nicht innerhalb von 12 Monaten nach Abgabe der Trinknahrung an den Versicherten gegenüber der AOK schriftlich geltend gemacht werden. Für Rezepte, die 12 Monate nach dem ausgewiesenen Abgabedatum abgerechnet werden, ist die AOK berechtigt, den Rezeptbetrag auf 0,00 EUR zu kürzen. Im Fall einer vertraglich zugelassenen Heilungsmöglichkeit, beginnt die Frist nach Satz 1 mit dem Tag der Rückgabe an den Leistungserbringer.
- (3) Sachliche und rechnerische Berichtigungen können sofort, Taxbeanstandungen können nach Ablauf der Einspruchsfrist oder nach Anerkennung durch den Leistungserbringer geltend gemacht werden. Es erfolgt dann eine Verrechnung mit der nächsten laufenden Forderung des Leistungserbringers.
- (4) Einwände des Leistungserbringers gegen Beanstandungen der AOK sind belegbezogen (mit PIC-Nummer) unter Angabe der Gründe innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe der Beanstandung bei der AOK schriftlich zu erheben. Andernfalls gilt die Beanstandung als anerkannt. Einsprüche in Form erneuter Abrechnungen über das beauftragte Rechenzentrum



sind unzulässig und werden nicht von der AOK anerkannt, wenn es dazu keine gesonderte Vereinbarung gibt.

- (5) Die Prüfung des Einspruchs des Leistungserbringers durch die AOK hat innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der AOK zu erfolgen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine schriftliche Stellungnahme der AOK, gilt der Einspruch als anerkannt. Das Ergebnis der Einspruchsbearbeitung wird dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt. Ist der Einspruch nicht berechtigt, wird das vom Leistungserbringer beauftragte Rechenzentrum über die Höhe der Verrechnung schriftlich informiert. Wird der Einspruch anerkannt, erfolgt eine Rücknahme der Korrektur in den Daten.
- (6) Verordnungsblätter, die ein anderes gültiges Institutskennzeichen als das der AOK (IK 101097008) aufweisen, werden von der AOK an den Leistungserbringer bzw. an das von ihm beauftragte Rechenzentrum zurückgesendet. Für das Heraussuchen dieser Rezeptoriginale stehen der AOK pauschale Aufwandserstattungsforderungen in Höhe von 0,50 EUR pro Verordnungsblatt, mindestens aber 10,00 EUR pro Suchauftrag zu, die dem Leistungserbringer bzw. dem von ihm beauftragten Rechenzentrum gegenüber mit der laufenden Forderung verrechnet werden.

§ 9 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung des Vertrages die nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. Insbesondere hat er die zur Durchführung dieses Vertrages von ihm beauftragten Personen über die Beachtung der Datenschutzvorschriften zu informieren und zu belehren.
- (3) Der Leistungserbringer darf die an ihn überlassenen Sozialdaten nur im Rahmen der im § 300 SGB V genannten Zwecke verarbeiten und nutzen. Die Daten dürfen vom Auftragnehmer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragsabwicklung bzw. Abrechnung erforderlich ist.
- (4) Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 10 Werbung

- (1) Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung beziehen.
- (2) Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer von sich aus den Vertragsarzt in seiner Ordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen.



- (3) Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt und/oder fachkundige Beratung des Versicherten sind nicht ausgeschlossen. Sie sollten sich auf das vorhandene Marktangebot, nicht jedoch auf z. B. nur ein Produkt beziehen.

§ 11 Sonstiges

- (1) Die Weitergabe von Verordnungen an einen Dritten, insbesondere Nichtvertragspartner zur Belieferung, mit dem Ziel, die vertraglichen Regelungen zu unterlaufen, ist untersagt und gilt als schwerwiegende Pflichtverletzung im Sinne des § 12 Absatz 2.
- (2) Die gleichzeitige Abrechnung von Trinknahrung und Sondennahrung in einem Kalendermonat schließt sich aus und führt zu einer Retaxation auf 0,00 EUR. Es sei denn, es handelt sich um den Monat der erstmaligen Versorgung mit Sondennahrung oder den letzten Versorgungsmonat (z. B. bei Entfernung der PEG). Im begründeten Einzelfall kann vor Belieferung der Verordnung von Trinknahrung eine Genehmigung der Trinknahrung bei der AOK eingeholt werden.

§ 12 Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Der Leistungserbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis betreffen, der AOK unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Verstößt der Leistungserbringer schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, ist die AOK nach Anhörung des Leistungserbringers berechtigt, eine Verwarnung auszusprechen, eine Abmahnung zu erteilen, bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe von bis zu 3 % des jährlichen Nettoauftragswertes zu erheben und den Vertrag außerordentlich zu kündigen. Für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes kann die AOK den Leistungserbringer weiterhin für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung für Leistungen nach diesem Vertrag ausschließen.
- (3) Ein schwerwiegender Vertragsverstoß liegt insbesondere vor bei:
- wiederholten schweren Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen bzgl. der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Anspruchsberechtigten zur Folge haben,
 - unberechtigter Änderung der ärztlichen Verordnung (Fälschung),
 - Weitergabe von Verordnungen an Dritte nach § 11 Abs. 1,
 - Forderung oder Annahme von Zu- oder Aufzahlungen durch Versicherte für Vertragsleistungen, die nicht nach den gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen erfolgen,
 - wiederholten schweren Verstößen gegen die Datenschutzbestimmungen in § 8,
 - vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der AOK.
- (4) Die Festsetzung einer Vertragsstrafe kann auch kumulativ mit einer Verwarnung oder Abmahnung erfolgen. Darüber hinausgehende Ansprüche, insbesondere auf Rückforderung oder Schadenersatz, bleiben von den Maßnahmen in Absatz 2 unberührt. Das Recht zur Anzeige bei Verdacht einer Straftat bleibt ebenfalls unberührt.



§ 13
In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2016 in Kraft. Mit Wirksamwerden des Vertrages werden anderslautende vertragliche Regelungen bezüglich der Trinknahrung wie Preisvereinbarungen oder Abrechnungsvereinbarungen hinfällig.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden. Eine ordentliche Kündigung des Vertrages oder seiner Anlagen ist frühestens zum 30.09.2017 möglich.
- (3) Mit der Kündigung des Vertrages gelten auch die Anlagen als gekündigt.
- (4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (5) Ergeben sich Änderungen im Ablauf dieses Vertrages, können diese einvernehmlich kurzfristig geändert werden. Auch diese bedürfen der schriftlichen Bestätigung.
- (6) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen davon unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung tritt diejenige Regelung, die in rechtlich zulässiger Weise dem beiderseits wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.
- (7) Bei wesentlichen gesetzlichen Änderungen, die den Inhalt dieses Vertrages betreffen, kann der Vertrag auch ohne Kündigung im Einvernehmen schriftlich durch die AOK angepasst werden.
- (8) Für alle Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder seiner Gültigkeit ist Gerichtsstand der Sitz der AOK.
- (9) Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt und bedarf der Schriftform.



Unterschriftsseite

_____, den

Magdeburg, den

Leistungserbringer

AOK Sachsen-Anhalt

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Preise
Anlage 2	Abrechnungsstellen
Anlage 3	Abtretungserklärung



Anlage 1 – Preisvereinbarungen

1	Trinknahrung	Apothekeneinkaufspreis – 10 %
---	--------------	-------------------------------

Alle Preise bzw. prozentualen Korrekturfaktoren verstehen sich zzgl. Umsatzsteuer und als Höchstpreise.



Anlage 3 – Abtretungserklärung

- Selbstabrechner – Abrechnung erfolgt ohne Abrechnungszentrum als Erfüllungsgehilfe
Hinweis: Wenn die Abrechnung nicht über ein Abrechnungszentrum erfolgt, sind keine weiteren Angaben notwendig.
- Abrechnung über ein Abrechnungszentrum

1. Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	<input type="text"/>
2. Name und Anschrift des Leistungserbringers	 <hr/> <hr/>
3. Institutionskennzeichen des Abrechnungszentrums (dieses ist beim Abrechnungszentrum zu erfragen)	<input type="text"/>
4. Name und Anschrift des Abrechnungszentrums	 <hr/> <hr/>
5. Beginn der Abrechnung (Angabe des Datums aus dem Vertrag)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Ende der Abrechnung (Angabe nur bei Probeabrechnung bzw. befristetem Vertrag notwendig)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Die Abrechnungserklärung gilt auch für die Institutionskennzeichen folgender Filialen:
(ggf. gesondertes Blatt beifügen)

<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								



Sollte für die Filialen ein anderes Rechenzentrum als unter Punkt 4 genannt oder ein anderes IK-Kennzeichen des Rechenzentrums (Punkt 3) gelten, füllen Sie bitte eine gesonderte Ermächtigungserklärung aus.

Mit dem aufgeführten Abrechnungszentrum wurde Nachstehendes vereinbart:

Schuldbefreiungserklärung

Das benannte Abrechnungszentrum hat von dem unterzeichnenden Leistungserbringer den Auftrag erteilt bekommen, alle von der AOK zu zahlenden Beträge für Rechnungen, die dem Abrechnungszentrum eingereicht wurden, für den unterzeichnenden Leistungserbringer einzuziehen. Die Zahlung der AOK an das beauftragte Abrechnungszentrum hat schuldbefreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer. Zahlungen erfolgen durch die AOK unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung auf das in der Rechnung des Abrechnungszentrums angegebene Bankkonto.

Abrechnungserklärung

Die schuldbefreiende Wirkung an das Abrechnungszentrum beruht auf folgender Grundlage (Bitte jeweils das Zutreffende ankreuzen):

- Ich bin weiterhin Inhaber vorgenannter Forderungen, habe aber die vorbezeichnete Person/Firma mit der Forderungsabrechnung bzw. dem -einzug beauftragt. Die Beauftragung gilt bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber der AOK als bestehend.

oder

- Ich habe vorgenannte Forderungen am an vorbezeichnete Person/Firma abgetreten. Die Forderungsabtretung umfasst alle bestehenden und künftig o. g. Forderungen. Eine Rücknahme dieser Anzeige ist nur mit Zustimmung des neuen Forderungsinhabers wirksam.

Auskunftsermächtigung

Die AOK darf dem Abrechnungszentrum im Zusammenhang mit Abgabeberechtigung und Verordnungsabrechnung sowohl mündlich als auch schriftlich Auskunft erteilen. Korrekturen zur Verordnungsabrechnung werden dem Abrechnungszentrum mitgeteilt.

Datenschutz

Das Abrechnungszentrum verpflichtet sich, die Bestimmungen des Datenschutz (SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten und personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der Weisung des unterzeichnenden Leistungserbringers zu verarbeiten.

Der Apotheke/dem Leistungserbringer ist Nachfolgendes bekannt:

Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat er die AOK, die die Abgabeberechtigung erteilt hat, unverzüglich schriftlich zu informieren.

Beginn und Ende der Abrechnung und der Name des beauftragten Abrechnungszentrums sind mitzuteilen.



Der Leistungserbringer ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten des der AOK gemeldeten Abrechnungszentrum mehr besteht. Die Apotheke/der Leistungserbringer haftet für die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle in entsprechender Weise wie für einen Erfüllungsgehilfen nach § 278 BGB.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des Leistungserbringers

