

**Rahmenvertrag**  
**über die Durchführung von ernährungstherapeutischen Leistungen**  
**(RV-Ernährung) vom 06.02.2018 gültig ab dem 01.01.2018**  
**nach § 125 Abs.2 SGB V**

zwischen

- dem Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
- der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten
- und Ernährungsberater - QUETHEB e.V.
- dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband (VDD) e.V.
- dem Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V.

- nachstehend jeweils Berufsverbände genannt –

einerseits

und der

- AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

andererseits

- Sofern nachstehend von der/die „AOK“ die Rede ist, ist damit die jeweilige diesem Vertrag beigetretene AOK gemeint, in deren Bereich der Heilmittelerbringer zugelassen ist -

§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 2	Rahmenempfehlungen	3
§ 3	Zulassung	3
§ 4	Vertragsärztliche Verordnung	4
§ 5	Form und Abgabe der Leistung	6
§ 6	Maßnahmen der Fortbildung	7
§ 7	Wahl der Heilmittelerbringer	7
§ 8	Vergütung der Leistung	8
§ 9	Abrechnung	8
§ 10	Wirtschaftlichkeit	10
§ 11	Datenschutz	11
§ 12	Vertragserfüllung	11
§ 13	Vertragsverstöße/Regressverfahren	11
§ 14	Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages	12
§ 15	Salvatorische Klausel	13

Anlagen:

Anlage 1: Anerkenntniserklärung

Anlage 2: Vergütungsvereinbarung

## **§ 1**

### **Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die regionale Erbringung und Vergütung ernährungstherapeutischer Leistungen für die Versicherten der AOK gemäß Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Dieser Vertrag gilt:
  - a) für die AOKs, die diesem Vertrag beigetreten sind. Der Beitritt kann von jeder AOK mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Für den Widerruf gelten die formalen Vorgaben und Fristen des § 14 Abs.2 entsprechend
  - b) für zugelassene Heilmittelerbringer nach § 124 Abs. 1 SGB V (Heilmittelerbringer), wenn sie im Rahmen der Zulassung durch Vorlage der unterzeichneten Anerkenniserklärung (Anlage 1) diesen Vertrag anerkennen.
- (3) Dieser Vertrag regelt insbesondere:
  - a) die Voraussetzungen für die Behandlung von Anspruchsberechtigten der AOKs
  - b) die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, der Heilmittelerbringer und der AOKs
  - c) Art und Umfang der Leistungen
  - d) die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen
  - e) die Fortbildungsverpflichtung der Heilmittelerbringer nach § 125 Abs.2 Satz3 SGB V
- (4) Die Anlagen sind unabdingbarer Bestandteil dieses Rahmenvertrages.

## **§ 2**

### **Rahmenempfehlungen**

Die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene abgeschlossenen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Absatz 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln für den Bereich „Ernährungstherapie“ (Rahmenempfehlungen) sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt.

## **§ 3**

### **Zulassung**

- (1) Die Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V für den Bereich „Ernährungstherapie“ (Zulassungsempfehlungen) sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen.
- (2) Der Antrag auf Zulassung ist schriftlich durch den Heilmittelerbringer mit den notwendigen Nachweisen entsprechend den Zulassungsempfehlungen bei der

zuständigen Krankenkasse/Landesverband der Krankenkassen (zulassende Stelle) einzureichen.

- (3) Es ist ein zum Datum des Zulassungsbegins gültiges Institutionskennzeichen (IK) vorzulegen.
- (4) Die Annahme von Verordnungen ist erst nach Erteilung der Zulassung zulässig. Die Leistungsabgabe und Abrechnung von Verordnungen kann erst ab dem Beginn der Zulassung erfolgen.
- (5) Die Zulassung ist nicht übertragbar; sie wird für eine bestimmte Person und einen bestimmten Praxissitz ausgesprochen. Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, den Wechsel der fachlichen Leitung, eine Verlegung der Praxis oder die Praxisaufgabe der zulassenden Stelle unverzüglich mitzuteilen. In den Fällen des Wechsels der fachlichen Leitung oder einer Praxisverlegung ist die Erteilung der Zulassung erneut zu beantragen.
- (6) Der Beginn und das Ende der Beschäftigung von nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (nachfolgend therapeutische Angestellte genannt) ist der jeweiligen AOK unter Nachweis der fachlichen Qualifikation unverzüglich in Textform mitzuteilen. Diese dürfen erst nach Eingang der Mitteilung bei der jeweiligen AOK in die Leistungserbringung der Versicherten eingebunden werden.
- (7) Der Leistungserbringer haftet für seine Mitarbeiter in gleichem Umfang wie für sich selbst.
- (8) Der Leistungserbringer hat für sich und seine für ihn tätigen Mitarbeiter eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung in ausreichender Höhe abzuschließen, fortzuführen und im Rahmen des Zulassungsverfahrens der zulassenden Stelle vorzulegen.
- (9) Die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der Krankenkassen endet
  1. bei Wegfall einer der Zulassungsvoraussetzungen
  2. bei Aufgabe, Verlegung, Übergabe oder Verkauf der Praxis
  3. bei Widerruf der Zulassung.

#### **§ 4**

##### **Vertragsärztliche Verordnung**

- (1) Ernährungstherapie wird auf der Grundlage einer gültigen vertragsärztlichen Verordnung (Muster 18) erbracht. Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie der jeweils geltenden Fassung der HeilM-RL nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V entspricht. Diese Vorgaben über die notwendigen Angaben auf der vertragsärztlichen Verordnung werden in der Anlage 3 der Rahmenempfehlung konkretisiert. Änderungen und Ergänzungen der Verordnung durch den Heilmittelerbringer sind nur in der dort beschriebenen Form möglich.

- (2) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Für den Beginn gilt folgendes:
  - a) Sofern die verordnende Vertragsärztin/der Vertragsarzt einen dringlichen Behandlungsbeginn auf der Verordnung vermerkt hat, soll die Behandlung unverzüglich und prioritär aufgenommen werden.
  - b) Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, ist die Behandlung entsprechend § 15 Abs. 1 HeilM-RL innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung zu beginnen.
  - b) Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
  - c) Der vom verordnenden Arzt auf der Verordnung angegebene „späteste Behandlungsbeginn“ darf nicht vor dem Verordnungsdatum liegen
- (4) Für die Durchführung und Beendigung der Therapie gilt Folgendes:
  - a) Lässt sich bei der Durchführung der Ernährungstherapie erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin/der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der Heilmittelerbringer darüber unverzüglich die/den für die Behandlung verantwortlichen Ärztin/ Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen.
  - b) Wird im Verlauf der Therapie das angestrebte Therapieziel vor dem Ende der Verordnungsmenge erreicht, ist die Therapie zu beenden.
  - c) Bricht die therapeutische Fachkraft die Therapie z.B. wegen fehlender Therapiefähigkeit der Patientin/des Patienten ab, informiert sie die Ärztin/den Arzt hierüber.
- (5) Es ist unzulässig die Leistung von zwei Verordnungen für denselben Anspruchsberechtigten - auch von verschiedenen Ärzten ausgestellt im gleichen Zeitraum zu erbringen und abzurechnen.
- (6) Anspruchsberechtigte dürfen durch den Therapeuten nicht aus anderen als therapeutischen Gründen motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichzeitig darf der Therapeut von sich aus den Vertragsarzt in seiner Verordnungsweise aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen nicht beeinflussen.
- (7) Die Durchführung der Behandlung sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut und unter Angabe der Therapiezeit (in Minuten) und des Datums darzustellen und am Tag der Leistungsabgabe durch die Unterschriftsleistung des Anspruchsberechtigten oder der relevanten Bezugsperson auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Die Bestätigung kann durch

eine betreuende Person erfolgen, wenn der Versicherte aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage ist, selbst zu unterschreiben. Ein klärender Vermerk (z.B. Pflegepersonal) ist zwingend auf der Rückseite der Verordnung anzubringen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig. Eine Bestätigung durch den Heilmittelerbringer bzw. seinen Mitarbeitern ist nicht gestattet. Die Vor- und Nachbereitungszeiten sowie die Leistungen „Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen“ und „Notwendige Abstimmung mit einer dritten Partei“ sind vom Anspruchsberechtigten bzw. der relevanten Bezugsperson nicht zu bestätigen.

## **§ 5**

### **Form und Abgabe der Leistung**

- (1) Zur Abgabe der Leistungen ist der Heilmittelerbringer entsprechend der Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlungen (Anlage 1) berechtigt und verpflichtet.
- (2) Der Heilmittelerbringer erbringt die Leistungen persönlich oder lässt sie durch therapeutische Angestellte durchführen.
- (3) An die Anspruchsberechtigten dürfen nur die vertragsärztlich verordneten Leistungen abgegeben werden. Die Durchführung einer Therapie darf nur wie in der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 der Rahmenempfehlung) bzw. in den HeilM-RL beschriebenen Form erfolgen. Es ist unzulässig, anstelle der ärztlich verordneten Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen nicht und vorzeitig beendete Verordnungen dürfen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang abgerechnet werden.
- (4) Die Behandlungen sind ausschließlich in der eigenen zugelassenen Praxis auszuführen, sofern kein Hausbesuch verordnet ist oder es sich um eine ernährungstherapeutische Beratung im häuslichen oder sozialen Umfeld handelt. Hausbesuche finden nach ärztlicher Verordnung in der häuslichen Umgebung des Versicherten statt. Diese können von den nächstliegenden Leistungserbringern nicht abgelehnt werden.
- (5) In der Zeit, in der sich Versicherte in stationärer Behandlung befinden, ist eine ambulante Leistungsabgabe zu Lasten der AOK nicht möglich.
- (6) Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Anspruchsberechtigten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlung (Anlage 1 Ziffer 2.4) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Die Verlaufsdokumentation ist drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Der Heilmittelerbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten. Ferner sind die gesetzlichen Regelungen zur Führung einer Patientenakte nach § 630f Bürgerliches Gesetzbuch zu beachten.
- (7) Leistungen für betreute Personenkreise (Sozialversicherungsabkommen) sind vor Leistungsbeginn bei der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen. Nach erfolgter Leistungserbringung beantragte Genehmigungen können nicht akzeptiert werden. Verordnungen für Personen aus Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz (CH) sind von der Genehmigung befreit.

- (8) Anfragen der AOK bezüglich der Leistungserbringung sind kostenlos und unverzüglich durch den Heilmittelerbringer schriftlich zu beantworten.
- (9) Der Heilmittelerbringer gewährleistet, dass die Anspruchsberechtigten der unterschiedlichen Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (10) Die Einhaltung der Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Unfallverhütungsvorschriften sind vom Heilmittelerbringer und von dessen Mitarbeitern in den jeweils gültigen Fassungen zu beachten.
- (11) Die Bestimmungen der Hygieneverordnungen des Landes, in dem der Heilmittelerbringer seinen Betriebssitz hat, sind in den jeweils gültigen Fassungen einzuhalten.
- (12) Der Heilmittelerbringer darf die Therapie eines Anspruchsberechtigten in begründeten Einzelfällen ablehnen/abbrechen. Über den Grund ist die zuständige AOK zu informieren.

## **§ 6**

### **Maßnahmen zur Fortbildung**

- (1) Der Heilmittelerbringer bzw. die fachliche Leitung haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation gemäß der Anlage 2 der Rahmenempfehlung fortzubilden. Die entsprechenden Nachweise über die absolvierten Fortbildungen sind auf Anforderung der zuständigen AOK innerhalb eines Monats zu erbringen.
- (2) Erfüllen der Heilmittelerbringer/die fachliche Leitung die vereinbarte Fortbildungsverpflichtung nicht fristgerecht innerhalb des Betrachtungszeitraumes von 4 Jahren, so hat der Fortbildungsverpflichtete diese unverzüglich nachzuholen. Ergibt sich bei der Überprüfung durch die AOK, dass der Fortbildungsverpflichtete die Fortbildungspunkte für jeden abgeschlossenen Betrachtungszeitraum ab dem 01.01.2018 ganz oder teilweise nicht nachweisen kann, setzt ihm die AOK eine Nachfrist von 12 Monaten. Die nachgeholtten Fortbildungen werden nicht auf die laufende Fortbildungsverpflichtung angerechnet.
- (3) Vom Beginn der Nachfrist an kann die AOK die Vergütung bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die erforderliche Fortbildung um pauschal 7,5% des Rechnungsbetrages kürzen.
- (4) Die therapeutischen Angestellten haben sich beruflich mindestens alle 2 Jahre extern fachspezifisch fortzubilden. Diese Fortbildungen sollen die in der Anlage 2 der Rahmenempfehlung beschriebenen Qualitätsanforderungen erfüllen

## **§ 7**

### **Wahl des Heilmittelerbringers**

- (1) Der Anspruchsberechtigte kann unter den Heilmittelerbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.

- (2) Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen, die gegen das Wettbewerbsrecht oder das Heilmittelwerbegesetz verstößt, ist nicht zulässig. Insbesondere sind zu beachten:
- a) Werbemaßnahmen des Heilmittelerbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK beziehen. Davon erfasst ist nicht der Hinweis auf das Bestehen einer Zulassung.
  - b) Eine Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelerbringer und Vertragsärzten, die dazu führt, dass die freie Wahl des Versicherten unter den Heilmittelerbringern beeinflusst wird, ist nicht gestattet. Auf die Geltung des § 128 Abs.5b SGB V wird hingewiesen.

## **§ 8**

### **Vergütung der Leistungen**

- (1) Die ausgeführten vertraglichen Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) vergütet. In dieser wird eine gesonderte Kündigungsfrist vereinbart. Mit den vereinbarten Vergütungen sind alle Aufwendungen des Heilmittelerbringers abgegolten.
- (2) Für die erbrachten Leistungen dürfen mit Ausnahme der Zuzahlung nach § 32 Abs. 2 in Verbindung mit § 61 SGB V keine weiteren Zahlungen vom Versicherten gefordert werden. Die Zuzahlung ist vom Heilmittelerbringer gemäß § 43c Abs. 1 SGB V einzuziehen.

## **§ 9**

### **Abrechnung**

- (1) Inhalt und Form der Abrechnung richten sich nach den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 Abs.2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, seine Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Für die Nacherfassung nicht maschinell verwertbarer Daten (Papierrechnung) erfolgt durch die AOK nach § 303 Abs. 3 SGB V eine pauschale Rechnerkürzung von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages.
- (3) Die Abrechnung erfolgt einmal monatlich für alle abgeschlossenen Verordnungen bei den von den Krankenkassen benannten Stellen (Daten- und Papierannahmestellen) als Sammelrechnung unter Vorlage der Originalverordnungen mit den Empfangsbestätigungen des Anspruchsberechtigten, der relevanten Bezugsperson oder der betreuenden Person nach Abschluss der jeweiligen Behandlungsserie. Die monatliche Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des Leistungserbringers einzureichen. Es ist das für den Tag der Leistungserbringung und die Praxis/Zweigniederlassung, in der die Leistungen abgegeben wurden, maßgebliche IK zu verwenden.
- (4) Bei der Abrechnung sind das jeweilige Schlüsselkennzeichen der Vergütungsvereinbarung (bestehend aus Abrechnungscode und Tarifikennzeichen) sowie die vereinbarten Heilmittelpositionsnummern zu verwenden.

- (5) Sofern vom Vertragsarzt ein oder mehrere ICD-10-Schlüssel auf der Heilmittelverordnung angegeben wurden, sind diese im Rahmen des Datenträgeraustausches im Datensatz anzuliefern. Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind aus dem Arztstempel zu übernehmen
- (6) Alle zur Abrechnung eingereichten Verordnungen sind vom Heilmittelerbringer in den „Abrechnungsfeldern“ auf dem Verordnungsvordruck vollständig auszufüllen.
- (7) Eingezogene Zuzahlungen sind mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der AOK zu verrechnen, der eingezogene Zuzahlungsbetrag und der Bruttowert der Verordnung werden auf das Verordnungsblatt aufgetragen.
- (8) Für die Zuzahlungspflicht ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung ausschlaggebend, für die Zahlung der Verordnungsblatt-Gebühr ist der Beginn der Verordnung maßgebend. Bei von der Zuzahlung befreiten Anspruchsberechtigten lässt sich der Heilmittelerbringer den Befreiungsbescheid der AOK vom Versicherten vorlegen. Die Zuzahlung des Versicherten darf den Abrechnungsbetrag nicht übersteigen.
- (9) Zahlt der Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung (nach Abschluss der jeweiligen Behandlungsserie) - und mit angemessener Fristsetzung - durch den Heilmittelerbringer nicht, hat die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen. Die schriftliche Aufforderung ist der Krankenkasse vorzulegen.
- (10) Sofern im begründeten Ausnahmefall Leistungen von zwei verschiedenen Praxen abgegeben werden (bei Praxisübernahme) ist, nach Rücksprache mit der Abrechnungsstelle der jeweils zuständigen AOK, die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Originalunterschrift des Anspruchsberechtigten über den Empfang der Leistung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgen.
- (11) Maßgebend für die Berechnung des Zahlungsziels von 28 Kalendertagen (bargeldlos) ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen (die Daten sowie die Verordnungen) bei der Krankenkasse vorliegen. Liegen zwischen dem Einreichen des Datensatzes und der zahlungsbegründenden Unterlagen mehr als 14 Tage, ist die AOK berechtigt die vorliegenden Unterlagen an den Rechnungssteller zurückzusenden. Die Einreichung der Rechnung (Datensatz und zahlungsbegründende Unterlage) kann unter der Berücksichtigung der Fristen nach diesem Vertrag erneut erfolgen. Das Zahlungsziel ist dann erfüllt, wenn die Bank des zuständigen Kostenträgers belastet wurde. Fällt das Zahlungsziel auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag so verschiebt sich der Zahltag auf den nachfolgenden Arbeitstag.
- (12) Zahlungsverzug liegt vor, wenn das Zahlungsziel von 28 Tagen überschritten ist. Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Bei Überschreitung des o.g. Zahlungsziels können nach der ersten Mahnung Verzugszinsen in Höhe von 4 v.H. ab dem dritten Arbeitstag nach Zugang der Mahnung bei der von der AOK benannten Stelle (Daten- und Papierannahmestelle) verlangt werden.

- (13) Überträgt der Heilmittelerbringer die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so sind der AOK der Name und eine Inkassovollmacht des beauftragten Abrechnungszentrums zu übermitteln. Dem Leistungserbringer/der beauftragten Abrechnungsgesellschaft obliegt die Beweispflicht für die ordnungsgemäße Anlieferung des Datenträgers und der Verordnungen. Abrechnungszentren rechnen ausschließlich gemäß Anlage 1 (Technische Anlage) der Richtlinien ab. Werden Nachberechnungen erstellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen sowie ein neuer Datensatz zu erstellen und zu übermitteln. Nachberechnungen sind innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang der Ursprungsrechnung zu stellen.
- (14) Die Zahlungen an zentrale Abrechnungsstellen haben befreiende Wirkung gegenüber dem Heilmittelerbringer und erfolgen unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung. Forderungen gegen die AOK können nur mit vorheriger Zustimmung der AOK an Dritte abgetreten bzw. verkauft werden. Die Beauftragung einer Abrechnungsgesellschaft entbindet den Vertragspartner nicht von vertraglichen Vereinbarungen.
- (15) Beanstandungen gegen Abrechnungen müssen von der AOK innerhalb von zwölf Monaten nach Rechnungslegung gegenüber dem Leistungserbringer geltend gemacht werden. Sofern Beanstandungen durch die AOK festgestellt werden, erfolgt eine Kürzung des beanstandeten Rechnungsbetrages. Bei überwiegend fehlerhaften oder unvollständigen oder inhaltlich unstimmmigen Rechnungsunterlagen ist die AOK berechtigt, Rechnungen vollständig abzuweisen. Die Frist gilt nicht bei Vertragsverstößen und unerlaubten Handlungen des Leistungserbringers. Bei Rückforderungen gegenüber dem Heilmittelerbringer ist der Rückforderungsbetrag mit dem Prozentsatz nach Absatz 12 zu verzinsen, ab dem Zeitpunkt, an dem die Zahlung erfolgt ist. Gegenüber dem Anspruchsberechtigten ist eine Abrechnung des gekürzten oder abgewiesenen Rechnungsbetrages sowie des Rückforderungsbetrages nicht zulässig.
- (16) Forderungen aus Vertragsleistungen können von den Leistungserbringern und den Kostenträgern nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden. Dies gilt auch für Forderungen gegenüber Anspruchsberechtigten.
- (17) Verordnungen für Versicherte, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, können vom Heilmittelerbringer nicht mit der AOK abgerechnet werden. Die Rechnungsstellung des Leistungserbringers erfolgt direkt an den Versicherten.

## **§ 10**

### **Wirtschaftlichkeit**

- (1) Die Leistungen sind gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.
- (2) Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Anspruchsberechtigte nicht beanspruchen, dürfen Heilmittelerbringer nicht bewirken und die AOK nicht vergüten.

## **§ 11**

### **Datenschutz**

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere die ab 25.05.2018 geltende EU-DSGVO, den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht einzuhalten und ihre Mitarbeiter auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung nach der EU-DSGVO ist jeweils der Vertragspartner für die im Rahmen seiner sich aus diesem Vertrag ergebenden Datenverarbeitung.

## **§ 12**

### **Vertragserfüllung**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages zu sorgen. Der Heilmittelerbringer hat alle Veränderungen, die das Vertragsverhältnis berühren (insbesondere den Wegfall der in § 3 genannten Voraussetzungen) der AOK unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die AOK hat im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen das Recht, in der Regel nach vorheriger Anmeldung, welche 14 Kalendertage vor dem Termin erfolgen soll, während der üblichen Öffnungszeiten, die einzelnen Praxen durch Beauftragte besichtigen zu lassen. Dieses Recht erstreckt sich auftrags- und fallbezogen auf die Einsicht und die Fertigung von Kopien von Karteikarten, Verlaufsdocumentationen und sonstigen Unterlagen, aus denen die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen ersichtlich sind, soweit dem datenschutzrechtliche Gründe und/oder die berufliche Verschwiegenheitspflicht des Leistungserbringers gegenüber seinem Patienten nicht entgegenstehen. Bei der Praxisbegehung kann ein Vertreter der unterzeichnenden Verbände mit hinzugezogen werden.
- (3) Schadenersatzansprüche der betreffenden AOK bleiben hiervon unberührt.

## **§ 13**

### **Vertragsverstöße /Regressverfahren**

- (1) Ist die AOK über den Verdacht eines Fehlverhaltens eines Leistungserbringers informiert, so ist sie zur Klärung des Sachverhaltes verpflichtet. Der Heilmittelerbringer hat an der Klärung des Sachverhaltes konstruktiv mitzuwirken und nach Aufforderung der AOK zum konkreten Sachverhalt schriftlich Stellung zu nehmen und alle notwendigen Unterlagen kostenfrei zur Verfügung zu stellen, soweit dem datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht entgegenstehen.
- (2) Erfüllt ein Heilmittelerbringer die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die betroffene AOK schriftlich warnen. Die AOK setzt eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstößes durch den Heilmittelerbringer fest.
- (3) Die Regelungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V sind zu beachten.
- (4) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die AOK nach erfolgter Anhörung eine Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EUR festsetzen.

Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Widerruf der Zulassung. Unabhängig davon ist der Schaden zu ersetzen. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a. die Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen/ personellen Voraussetzungen, die ein weiteres Vertragsverhältnis nicht mehr rechtfertigen,
  - b. falsche Eigenauskunft im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach § 124 SGB V
  - c. die wiederholter Feststellung der Nichteinhaltung der Hygienebestimmungen, des Medizinproduktegesetzes, der Medizinbetrieberverordnung durch die jeweils zu-ständige Stelle (z.B. Gesundheitsamt)
  - d. Berechnung nicht erbrachter Leistungen oder nicht heilmittelrichtlinienkonformer Leistungen
  - e. wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz,
  - f. nicht fristgerechte Beseitigung von berechtigten Beanstandungen,
  - g. Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt , soweit es nicht zulässig ist,
  - h. wiederholtes oder systematisches Vorquittieren von Leistungen (z. B. Vordatierungen und Globalbestätigungen),
  - i. unzulässige Zusammenarbeit nach § 128 Abs.2 SGB V
  - j. Forderung und / oder Entgegennahme unzulässiger Zahlungen. Die Zuzahlung nach § 32 Abs. 2 in Verbindung mit § 61 SGB V bleibt hiervon unberührt.
  - k. Abrechnung von Verordnungen, die von nicht zugelassenen oder nicht zulassungsfähigen Therapeuten und Praxen durchgeführt wurde.
- (5) Daneben kann bei Verstößen gegen die Bestimmungen des § 128 Abs. 2 SGB V der Heilmittelerbringer für den Zeitraum von bis zu zwei Jahren durch den Widerruf der Zulassung von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden.

## **§ 14**

### **Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2018 in Kraft. Er gilt für alle Heilmittelerbringer nach §1.
- (2) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 30.06. bzw. 31.12., frühestens zum 31.12.2019, gekündigt werden. Die Kündigung kann nur mit eingeschriebenem Brief an den AOK Bundesverband bzw. an den jeweiligen Berufsverband, dem gegenüber gekündigt wird bzw. ggf. an alle Berufsverbände erfolgen. Eine Kündigung gegenüber einer AOK ist ausgeschlossen.

- (3) Die Kündigungsbedingungen der Vergütungsvereinbarung werden separat geregelt. Die Kündigung der Vergütungsvereinbarung berührt nicht die weitere Wirksamkeit dieses Vertrages.
- (4) Bei Kündigung des Rahmenvertrages oder bei Kündigung einer Vergütungsvereinbarung können die Kündigungsempfänger den Vertrag zum gleichen Termin ohne Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfristen gegenkündigen.
- (5) Bis zur Einigung über den neuen Rahmenvertrag gilt der bisherige Rahmenvertrag für die Dauer von Vertragsverhandlungen weiter; Anschlussverhandlungen werden jeweils unverzüglich aufgenommen.

**§ 15**

**Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen, Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, der Rahmenempfehlungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.
- (2) Dieser Rahmenvertrag beruht auf der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs.1 SGB V für den Bereich „Ernährungstherapie“ in der Fassung vom 27.11.2017. Inhaltliche Änderungen an der o.g. Fassung oder künftigen Rahmenempfehlungen werden zunächst nicht Gegenstand dieses Rahmenvertrages. Die Vertragspartner verständigen sich unverzüglich nach Inkrafttreten der entsprechenden inhaltlichen Änderungen ob und in welcher Art und Weise diese aufgenommen werden.

Berlin, den

AOK-Bundesverband

\_\_\_\_\_

BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

\_\_\_\_\_

Deutsche Gesellschaft der qualifizierten  
Ernährungstherapeuten und  
Ernährungsberater - QUETHEB e.V.

\_\_\_\_\_

Verband der Diätassistenten –  
Deutscher Bundesverband (VDD) e.V.

\_\_\_\_\_

Verband für Ernährung und Diätetik  
(VFED) e.V.

\_\_\_\_\_