

## **Vertrag**

**gemäß §§ 31 Abs. 5, 127 Abs. 2 und 2a (i. d. bis 10.05.2019  
gültigen Fassung) SGB V**

**über die Versorgung mit  
Produkten zur enteralen Ernährung**

zwischen der

**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**

Carl-Wery-Str. 28, 81739 München, vertreten durch den Vorstand,

- nachfolgend AOK Bayern genannt –

und

**Bayerischer Apothekerverband e.V.**

Maria-Theresia-Str. 28

81675 München

- nachfolgend Vertragspartner genannt -

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten der AOK Bayern sowie aller durch die AOK Bayern betreuten Anspruchsberechtigten (nachfolgend Versicherte genannt) mit Produkten zur enteralen Ernährung nach § 31 Abs. 5 SGB V, §§ 18 – 26 AM-RL, sofern diese nicht nach § 34 SGB V und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind, sowie alle zusätzlich zur Bereitstellung der enteralen Ernährungsprodukte zu erbringenden notwendigen Leistungen.
- (2) Die nachfolgenden Anlagen sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages:
  - a. Anlage 1 – Vergütung
  - b. Anlage 2 – Qualitative Anforderungen an den Leistungserbringer
  - c. Anlage 3 – Beitrittserklärung
  - d. Anlage 4 – Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität (§§ 12, 70 SGB V).

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag gilt für
  - a) die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (nachfolgend AOK Bayern genannt),
  - b) den BAV,
  - c) Leistungserbringer oder an der Leistungserbringung teilnehmende Mitglieder von Verbänden oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, die dem Vertrag gemäß § 31 Abs. 5 i. V. m. § 127 Abs. 2a (in der bis zum 10.05.2019 geltenden Fassung) SGB V zu gleichen Bedingungen beitreten (Anlage 3).

Zur Teilnahme an der Leistungserbringung müssen Mitglieder von diesem Vertrag schließenden oder diesen beitretenden Verbänden ihre Teilnahme unter Anerkennung sämtlicher Vertragsbedingungen gegenüber ihrem Verband oder der AOK Bayern erklären.

- (2) Der Geltungsbereich des Vertrages umfasst alle Versorgungen für Versicherte der AOK Bayern im Bereich der Bundesrepublik Deutschland mit Produkten zur enteralen Ernährung, sofern diese gemäß § 31 Abs. 5 SGB V, §§ 18 – 26 AM-RL verordnungsfähig sind und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte der AOK Bayern verordnet wurden.
- (3) Die Versicherten der AOK Bayern haben freie Wahl unter den Vertragspartnern der AOK Bayern. Ein Anrecht auf eine exklusive Versorgung durch einen Vertragspartner besteht nicht.

- (4) Der Vertragspartner sowie beigetretene Verbände von Leistungserbringern, stellen der AOK Bayern alle zwei Wochen eine aktuelle Liste ihrer an der Leistungserbringung teilnehmenden Mitglieder zur Verfügung.

### **§ 3 Grundsätze der Versorgung**

- (1) Der Leistungserbringer versorgt die Versicherten der AOK Bayern entsprechend den gesetzlichen Vorschriften und den Bestimmungen dieses Vertrages. Mit der in nach diesem Vertrag vereinbarten Vergütung sind alle Leistungen im Zusammenhang mit der Abgabe der vertragsgegenständlichen Produkte abgegolten. Der Leistungserbringer gewährleistet eine aufzahlungsfreie Versorgung der Versicherten.
- (2) Der Leistungserbringer beliefert ausschließlich aufgrund einer ordnungsgemäß ausgestellten, im Original vorliegenden vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16). Dies gilt auch, sofern es sich bei der vertragsärztlichen Verordnung um eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung nach Anlage 4 dieses Vertrages im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V handelt. Die Verwendung von anderen Vordrucken ist ausgeschlossen.
- (3) Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine ärztliche Verordnung, wenn sie neben der Bezeichnung des verordneten Produkts oder der Produkte folgende Angaben enthält:
- a. Bezeichnung der Krankenkasse
  - b. Kassen-Nummer (IK)
  - c. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
  - d. Versicherten-Nummer
  - e. lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer
  - f. Ausstellungsdatum
  - g. Status des Versicherten
  - h. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, und 8 soweit zutreffend
  - i. Kennzeichnung für Unfall soweit zutreffend
  - j. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
  - k. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend
  - l. Unterschrift des verordnenden Arztes
  - m. Stempel oder entsprechender Aufdruck der verordnenden Stelle (mit Name, Berufsbezeichnung und Anschrift der verschreibenden ärztlichen Person sowie Telefonnummer)

Ist nur der Kostenträger (Buchstabe a) angegeben, kann vom Leistungserbringer ggf. anhand der Eintragung auf der Versichertenkarte die Kassenummer (Buchstabe b) ergänzt werden. Sind nur der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift (Buchstabe c) angegeben, kann vom Leistungserbringer anhand der Eintragungen auf der Versichertenkarte die Versicherungsnummer (Buchstabe d) ergänzt werden. Eine fehlerhafte Angabe der Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) kann vom Leistungserbringer mit der BSNR aus der Codierzeile ergänzt werden. Eine feh-

lende Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR) kann vom Leistungserbringer aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt werden. Der Leistungserbringer haftet nicht für die Richtigkeit der LANR.

- (4) Die gelieferten Produkte haben der vertragsärztlichen Verordnung zu entsprechen. Seitens des Leistungserbringers dürfen weder Änderungen, noch Ergänzungen an der Verordnung – insbesondere hinsichtlich Bezeichnung, Menge, Darreichungsform und Stärke – vorgenommen werden. Eine von der Verordnung abweichende Belieferung bedarf einer Korrektur der Verordnung durch den verordnenden Vertragsarzt mit erneuter Unterschrift durch diesen, soweit es sich um ein Muster 16 handelt. Eine Änderung durch den Leistungserbringer ist ausgeschlossen.
- (5) Mischverordnungen sind nicht zulässig. Verordnet der Vertragsarzt auf ein- und demselben Verordnungsblatt (Muster 16) sowohl Produkte zur enteralen Ernährung, als auch Hilfsmittel, dürfen entweder nur die Mittel, die diesem Vertrag unterliegen, oder nur die Hilfsmittel abgegeben und abgerechnet werden, insofern hierzu eine Berechtigung besteht. Die nicht abgegebenen Mittel sind auf dem Verordnungsblatt zu streichen.
- (6) Vertragsärztliche Verordnungen, die ausschließlich vertragsgegenständliche Produkte enthalten und durch den Vertragsarzt fälschlicherweise mit dem Verordnungsstatus 7 (Hilfsmittel) gekennzeichnet sind, sind möglichst durch den Leistungserbringer hinsichtlich der Kennzeichnung zu berichtigen.
- (7) Der Leistungserbringer darf keine Versorgungsfälle ablehnen. Ausgenommen sind Fälle des berechtigten Interesses des Leistungserbringers, beispielsweise bei Störung des Vertrauensverhältnisses innerhalb der Leistungsbeziehung zum Versicherten aufgrund konkreter Vorkommnisse. Der Leistungserbringer informiert in diesem Fall die AOK Bayern umgehend. Ebenfalls kann eine Belieferung in Fällen, in denen eine Lieferung der Produkte an den Aufenthaltsort des Versicherten erforderlich ist, durch den Leistungserbringer abgelehnt werden, wenn sich der Versicherte außerhalb des regionalen Versorgungsbereiches des Leistungserbringers aufhält und eine qualitativ hochwertige Versorgung des Versicherten dadurch nicht gewährleistet ist. Eine ggf. dem Leistungserbringer bereits vorliegende vertragsärztliche Verordnung ist dem Versicherten umgehend zurückzugeben.
- (8) Die AOK Bayern behält sich insbesondere anlassbezogen das Recht vor, die Lieferung in einer von ihr gewählten Methodik zu prüfen.
- (9) Der Leistungserbringer hat die Versorgung unverzüglich, in der Regel innerhalb eines Arbeitstages nach Vorliegen der vertragsärztlichen Verordnung sicherzustellen. Wünscht der Versicherte eine spätere Lieferung oder ist nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt eine spätere Belieferung aus medizinischen Gründen möglich, kann die Lieferung zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der Belieferungsfrist der Verordnung nach Abs. 10 erfolgen.
- (10) Eine Verordnung darf nur innerhalb von 28 Tagen nach dem Ausstellungstag beliefert werden, soweit der Vertragsarzt keine längere Gültigkeitsdauer auf dem Verordnungsblatt vermerkt hat. Die Belieferung umfasst die vollständige Abgabe der verordneten Produkte.

Für Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements gilt Anlage 4 dieses Vertrages.

- (11) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden. Wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt zum Zeitpunkt der Abgabe erkennbar war, entsteht für den Leistungserbringer kein Vergütungsanspruch.
- (12) Dauerverordnungen dürfen nicht beliefert werden. Maximal kann pro Verordnung ein Bedarf von bis zu drei Monaten beliefert werden. Endet der Bedarf der Versicherten, bevor die bereits gelieferte Ware verbraucht ist, soll der Leistungserbringer originalverpackte, unversehrte Ware zurücknehmen und der AOK den auf die zurückgenommene Ware entfallenden Anteil der Vergütung gutschreiben.

#### **§ 4 Vergütung**

- (1) Die Vergütung richtet sich nach Anlage 1 dieses Vertrages. Die Preise verstehen sich zum Lieferzeitpunkt gültigen Preisstand nach Lauer-Taxe netto zzgl. der zum Lieferzeitpunkt jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Ist ein Preis auf dieser Grundlage nicht bestimmt, so bedarf es zur Entstehung eines Vergütungsanspruchs nach den Vorschriften dieses Vertrages einer Einigung zwischen Leistungserbringer und der AOK Bayern gemäß § 127 Abs. 3 aF SGB V; dazu hat der Leistungserbringer vor Belieferung mit der AOK Bayern in Kontakt zu treten.
- (2) Ein Vergütungsanspruch besteht nur für vertragsärztlich verordnete Produkte. Für eine Belieferung, die über die verordnete Menge hinausgeht, besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK Bayern.
- (3) Mit dem Vergütungsanspruch sind alle im Vertrag beschriebenen Leistungen abgegolten. Eine Kostenbeteiligung durch den Versicherten ist unzulässig. Dies betrifft nicht die gesetzliche Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 i. V. m. Abs. 5 S. 5 SGB V.
- (4) Der Leistungserbringer hat den Versicherten über die Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V zu informieren, diese einzubehalten, den Erhalt gegenüber dem Versicherten kostenfrei zu quittieren und diese bei der Abrechnung in Abzug zu bringen. Ist weder das Feld „Gebühr frei“ noch das Feld „Gebühr pflichtig“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine vom Vertragsarzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der Krankenkasse über die Befreiung von Arzneimittelzuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Leistungserbringer hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.
- (5) Die Rechnungen sind unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von 28 Kalendertagen nach vollständigem Rechnungseingang zu begleichen. Als vollständig eingegangen gilt die Rechnung dann, wenn neben der Rechnung ebenfalls eine elektronische Rechnung

(RECP) und die Abrechnungsdaten gemäß der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. (DAV) über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V einschließlich der technischen Anlagen in ihrer jeweils gültigen Fassung (nachstehend „Vereinbarung nach § 300 SGB V“ genannt) vorliegen. Fällt der letzte Tag der Frist nach Satz 1 auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Werktag.

- (6) Die Rechnung gilt im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit der Hingabe des Auftrags an das Kreditinstitut als beglichen.
- (7) Die Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Prüfung. Sollten im Rahmen der Prüfung Taxdifferenzen festgestellt werden, behält sich die AOK Bayern die Verrechnung dieser mit der nächstfälligen Zahlung vor, sofern sich diese nicht direkt bei der laufenden Abrechnung in Abzug bringen lassen.

## **§ 5 Rechnungslegung**

- (1) Abrechnungsberechtigt sind lediglich die Vertragspartner bzw. die dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer (vgl. § 2 Abs. 1 Buchstaben b, c und d).
- (2) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen der Vereinbarung nach § 300 SGB V entsprechend. Zur Abrechnung sind die nachfolgenden Angaben durch den Leistungserbringer maschinell lesbar auf die Verordnung aufzubringen:
  - a. Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
  - b. (Mengen-)Faktor (Anzahl der Packungen, nicht der Einheit je Packung)
  - c. Bruttopreis je verordnetem Mittel
  - d. Gesamt-Brutto (nach Buchstabe c.)
  - e. (Gesamt-)Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
  - f. Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
  - g. Abgabedatum
  - h. Beleg-Nummer des Verordnungsblattes nach der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
- (3) Zudem sind, insofern abweichend von den o. g. Regelungen abgerechnet wird, die Bestimmungen des § 303 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen.
- (4) Der Leistungserbringer rechnet grundsätzlich spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit der AOK Bayern ab.
- (5) Der Leistungserbringer übermittelt eine Rechnung, die die Anforderungen nach der Technischen Anlage 3 zur Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V sowie zu-

sätzlich, sofern vorhanden, die gesetzlichen Abschläge enthält und nach den Statusgruppen gemäß Abschnitt 8.2.1 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung unterteilt ist.

- (6) Die Übermittlung der elektronischen Rechnung (RECP) nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt innerhalb von acht Tagen nach Rechnungseingang. Dies gilt auch für die elektronischen Verordnungsdaten (ABRP) nach Technischer Anlage 3 und den dazugehörigen Images nach Technischer Anlage 4 zur Vereinbarung nach § 300 SGBV.
- (7) Pro Kalendermonat kann eine Abrechnung erfolgen. Mehrere Abrechnungen pro Monat sind nur im Einzelfall und nur nach vorheriger Absprache mit der AOK Bayern möglich. Die Rechnung umfasst im Regelfall die Verordnungsblätter des vollen Liefermonats. Sie erfüllt die Anforderungen nach der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V, enthält zusätzlich, sofern vorhanden, die gesetzlichen Abschläge und ist nach den Statusgruppen gemäß Abschnitt 8.2.1 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V unterteilt. Die Rechnung umfasst die Daten für jeden Leistungserbringer einzeln und als Gesamtsumme. Zusätzlich enthält die Sammelrechnung eine informative Ausweisung der in den abgerechneten Verordnungen enthaltenen Mehrwertsteuer.
- (8) Der Leistungserbringer kann einen Abrechnungsdienstleister mit der Abrechnung beauftragen. Der Leistungserbringer bleibt gleichwohl gegenüber der AOK für die Einhaltung der Verpflichtungen nach § 300 SGB V und den zugehörigen technischen Anlagen verantwortlich. Die AOK zahlt an den Abrechnungsdienstleister mit schuldbefreiender Wirkung.
- (9) Dem Verordnungsblatt im Einzelfall zuzuordnende Unterlagen sind nicht mit der Verordnung zur Abrechnung zu geben, sondern beim Leistungserbringer bis zum Ablauf der Fristen für Rechnungs- und Taxbeanstandungen (Abs. 11) aufzubewahren und auf Verlangen der AOK Bayern zu übermitteln. Auf der Vorderseite der Verordnung ist ein Vermerk über den Verbleib der Unterlagen beim Leistungserbringer anzubringen.
- (10) Die Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK Bayern für diesen Vertrag angegebenen Institutionskennzeichen möglich. Es ist Pflicht des Leistungserbringers die Daten seines Institutionskennzeichens zu pflegen. Verzögerungen oder Fehlbuchungen aufgrund unzutreffender Daten gehen zu Lasten des Leistungserbringers.
- (11) Beanstandungen aufgrund der Prüfung der Rechnungen und rechnungsbegründenden Unterlagen gemäß § 4 Abs. 7 müssen von der AOK Bayern gegenüber dem Leistungserbringer innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats geltend gemacht werden, in dem der Leistungserbringer die Verordnung beliefert hat. Sofern für einzelne Verordnungsblätter vollständige Datensätze im Sinne von § 6 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V oder rechnungsbegründende Unterlagen nicht vorliegen, ist die Frist nach Satz 1 bis zur Vorlage der Abrechnung bzw. dieser Unterlagen gehemmt.

- (12) In Zusammenhang mit der Verrechnung nach Abs. 11 sind dem Leistungserbringer von der AOK Bayern Kopien der beanstandeten Verordnungsblätter bzw. deren Print-Images mit einer aussagekräftigen Begründung der Beanstandung zuzusenden. Bei Vollabsetzung von Irrläuferrezepten sind die Verordnungsblätter im Original beizufügen.
- (13) Der Leistungserbringer kann innerhalb von vier Monaten nach Zugang der Beanstandung Einspruch bei der absendenden Stelle erheben. Der Einspruch muss in schriftlicher Form mit Begründung erfolgen. Wird die Frist nach Satz 1 überschritten, gilt die Beanstandung als anerkannt.
- (14) Die Prüfung des Einspruchs gegen eine Beanstandung hat innerhalb einer Frist von vier Monaten nach Zugang des Einspruchs zu erfolgen. Die Entscheidung über den Einspruch ist dem Leistungserbringer in schriftlicher Form mitzuteilen. Wird die Frist nach Satz 1 überschritten, gilt der Einspruch als anerkannt.
- (15) Erhebt der Leistungserbringer gegen die Entscheidung über den Einspruch nicht innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang Klage, gilt die Entscheidung über den Einspruch als anerkannt.

## **§ 6 Haftung und Verzug**

- (1) Der Leistungserbringer haftet nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Garantien, die der Hersteller dem Leistungserbringer über die jeweils gesetzlich geregelten Fristen hinaus gewährt, hat der Leistungserbringer der AOK abzutreten. Kommt der Leistungserbringer seiner Pflicht zur Leistungserbringung nach den Regelungen dieses Vertrags ganz oder teilweise nicht oder nicht rechtzeitig nach, ist die AOK Bayern berechtigt, die Versorgung anderweitig sicherzustellen. Für den Fall der schuldhaften Pflichtverletzung hat der Leistungserbringer die entstehenden Mehrkosten der Versorgung zu tragen.
- (3) Der Leistungserbringer stellt die AOK Bayern von allen Ansprüchen Dritter, insbesondere der Versicherten, frei, wenn die Ansprüche kausal auf eine durch ihn begangene schuldhaftige Vertragsverletzung im Rahmen seiner vertraglichen Tätigkeiten zurückzuführen sind.
- (4) Zur Erfüllung der Ansprüche nach Abs. 1 hat der Leistungserbringer eine ausreichende Haftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abzuschließen.

## **§ 7 Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, im Zuge der Durchführung dieses Vertrages den Sozialdatenschutz SGB X zu gewährleisten und die DSGVO sowie alle weiteren datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten.

- (2) Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung notwendigen Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus. Er hat seine Mitarbeiter über deren Beschäftigungsende hinaus entsprechend zu verpflichten.
- (3) Der Leistungserbringer haftet gegenüber der AOK Bayern für alle Schäden, die ihr durch Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften entstehen.
- (4) Bei Beendigung des Vertrages sind sämtliche überlassenen Unterlagen (z. B. nicht belieferte vertragsärztliche Verordnungen) bzw. Daten für nicht abgeschlossene Versorgungsleistungen an den Versicherten oder die AOK Bayern zurückzugeben und ggf. Mehrfertigungen die nicht wegen den gesetzlichen Aufbewahrungspflichten des Leistungserbringers benötigt werden, zu vernichten.

## **§ 8 Öffentlichkeitsarbeit**

- (1) Der Leistungserbringer hat jegliche Beratung von Versicherten und Werbemaßnahmen auf sachliche Informationen zu beschränken; diese dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der AOK Bayern beziehen.
- (2) Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und / oder Versicherten durch Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bzw. Beantragung bestimmter Leistungen oder bestimmter Produkte, ist nicht zulässig. Fachliche Klärungen mit dem Vertragsarzt oder fachkundige Beratung des Versicherten sind davon nicht berührt.

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

- (1) Erfüllt der Leistungserbringer seine Vertragspflichten nicht, nicht rechtzeitig oder verstößt er in sonstiger Weise gegen gesetzliche oder vertragliche Pflichten, so kann ihn die AOK Bayern unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit warnen, unter den in Abs. 4 genannten Voraussetzungen eine Vertragsstrafe aussprechen oder den Vertrag außerordentlich kündigen. Warnung und Vertragsstrafe können auch nebeneinander verhängt werden.
- (2) Die AOK Bayern gibt dem Leistungserbringer vor Verhängung der in Abs. 1 benannten Maßnahmen die Möglichkeit zur Stellungnahme.
- (3) Als Verstöße, die regelmäßig mindestens eine der in Abs. 1 dargestellten Maßnahmen rechtfertigen, gelten insbesondere:
  - a. Verstöße gegen die Qualitätsanforderung der Leistungserbringung, die eine Gefährdung oder sogar Schädigung des Versicherten zur Folge haben
  - b. Verstöße gegen die Grundsätze der Versorgung nach § 3,
  - c. Einflussnahmen auf die vertragsärztliche Verordnung durch Abgabe von Fehlinformationen an Ärzte,
  - d. unberechtigte Änderungen vertragsärztlicher Verordnungen,
  - e. Verstöße gegen § 128 SGB V,

- f. Fälle von Abrechnungsmanipulation,
- g. Verstoß gegen die Datenschutzbestimmungen in § 7.

- (4) Die AOK Bayern kann bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verstoß im Sinne des Abs. 3 nach billigem Ermessen die Zahlung einer angemessenen Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 5.000,00 EUR je Einzelfall fordern. Die Angemessenheit der Höhe der Vertragsstrafe kann gerichtlich überprüft werden. Die Gesamthöhe aller Vertragsstrafen innerhalb eines Kalenderjahres ist beschränkt auf 5 % des Bruttorechnungsbetrages des betreffenden Kalenderjahres nach diesem Vertrag.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 bis 4 hat der Leistungserbringer den durch den Verstoß gegen diesen Vertrag verursachten bezifferbaren Schaden zu ersetzen.

## **§ 10 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2023 in Kraft und hat eine Mindestvertragslaufzeit von zwölf Kalendermonaten. Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung treten etwaige frühere Verträge zwischen den Vertragsparteien zur Versorgung mit vertragsgegenständlichen Produkten (Sonden- und/oder Trinknahrung zur enteralen Ernährung) außer Kraft.
- (2) Er kann seitens der AOK Bayern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2023, gegenüber jedem Vertragspartner (primär oder beigetreten) einzeln gekündigt werden. Die Kündigung ist jedem Vertragspartner mitzuteilen. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
  - a. ein Grund im Sinne des § 9 Abs. 3 vorliegt, oder
  - b. durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung oder durch eine gerichtliche oder behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahme, die Erfüllung des Vertrages untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

Eine Kündigung aus wichtigem Grund gegenüber einem über einen Verband oder Zusammenschluss teilnehmenden einzelnen Leistungserbringer ist gegenüber diesem zu erklären und dem ihn vertretenden Verband mitzuteilen.

- (3) Ein Leistungserbringer, der den Vertrag wirksam geschlossen hat, kann sein Vertragsverhältnis mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende, ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern kündigen.
- (4) Der Verband von Leistungserbringern, der den Vertrag wirksam geschlossen hat, kann sein Vertragsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK Bayern kündigen.
- (5) Ein Leistungserbringer, der dem Vertrag beigetreten ist, kann seine Vertragsbeteiligung mit einer Frist von vier Wochen gegenüber der AOK Bayern widerrufen.

(6) Ein Verband oder Zusammenschluss von Leistungserbringern, der dem Vertrag beigetreten ist, kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende seine Beteiligung kündigen.

(7) Kündigungen bedürfen der Schriftform.

## **§ 11 Schlussbestimmung**

(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt.

(2) Die Vertragsparteien sind einander verpflichtet, unwirksame Bestimmungen durch gesetzlich zulässige, dem Sinn und Zweck dieses Vertrages entsprechende Regelungen zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der bestehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

---

Ort, Datum

---

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse  
Peter Krase  
bevollmächtigter Leistungs- und Versorgungssteuerung

---

Ort, Datum

---

Dr. Hans-Peter Hubmann  
1. Vorsitzender

## Anlage 1 - Preisberechnung

Liefervertragsgruppe	Bezeichnung	Kondition in % auf Lauer-EK
0404	Elementardiät und Sondennahrung ab Vollendung des 14. Lebensjahres	abzgl. 5 %
0404	Elementardiät und Sondennahrung bis Vollendung des 14. Lebensjahres	zzgl. 5 %
0401	Diätetika bei angeborenem Enzymmangel	zzgl. 5 %

**Der angebotene Preis versteht sich zuzüglich des zum Lieferzeitpunkt jeweils gültigen Mehrwertsteuersatzes. Unter dem Begriff „Lauer-EK“ ist der Apothekeneinkaufspreis nach Lauer-Taxe des zum Lieferzeitpunkt jeweils gültigen Preisstandes zu verstehen. Hinsichtlich der Altersgrenzen gilt das Alter des Versicherten zum Lieferzeitpunkt.**

## **Anlage 2 – Qualitative Anforderungen an den Leistungserbringer**

Um eine qualitativ hochwertige sowie fach- und funktionsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen, erfüllt der Leistungserbringer nachfolgende personelle Standards sowie Servicestandards.

- (1) Der Leistungserbringer erfüllt die Voraussetzungen nach § 126 SGB V und weist seine Präqualifizierung im Versorgungsbereich 03F15 bei Vertragsabschluss oder bei Vertragsbeitritt mittels seiner Präqualifizierungsurkunde nach.
- (2) Wenn vorhandene Präqualifizierungen ihre Gültigkeit verlieren, hat der Leistungserbringer diese zeitnah zu erneuern und der AOK Bayern vorzulegen. Andernfalls verliert er mit Ablauf der Gültigkeit seine Berechtigung zu Belieferung der entsprechenden Produktgruppen.
- (3) Die für die Leistungserbringung eingesetzten Mitarbeiter des Leistungserbringers müssen fachlich qualifiziert und therapeutisch erfahren sein. Die Leistungserbringung darf nur vom Leistungserbringer und dessen Mitarbeitern vorgenommen werden.
- (4) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die für die Leistungserbringung eingesetzten Mitarbeiter durch regelmäßige Information und Einweisung (zum Beispiel durch Produktschulungen) für die Leistungserbringung weitergebildet werden.
- (5) Der Leistungserbringer führt zu Beginn der Versorgung ein Beratungs- und Informationsgespräch mit dem Versicherten, beispielsweise zur individuellen Bedarfsermittlung. Die Beantwortung fachlicher und versorgungsrelevanter Fragen des Versicherten, dessen Angehörigen und des ggf. eingesetzten Pflegedienstes durch den Leistungserbringer wird während des gesamten Versorgungszeitraums sichergestellt.
- (6) Der Leistungserbringer informiert den verordnenden Vertragsarzt umgehend, wenn Komplikationen, insbesondere bei der Produktauswahl, auftreten.
- (7) Die Lieferung der vertragsgegenständlichen Produkte erfolgt frei Haus.

### Anlage 3 – Beitrittserklärung

---

Name des Leistungserbringers

---

Straße

---

Postleitzahl und Ort

---

Alle Institutionskennzeichen, unter denen Abrechnungen erfolgen

Hiermit erkläre/n ich/wir ab \_\_\_\_\_ meinen/unseren Beitritt zu dem zwischen der AOK Bayern und der vertragsschließenden Partei zum Datum des Inkrafttretens des Vertrages geschlossenen Vertrag über die Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung.

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen liegt mir/uns vor und ich/wir erkläre/n mich/uns als Vertragspartner bereit, die sich für mich/uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Weiterhin erkläre/n ich/wir, dass ich/wir meinem/unserem Beitritt zeitlich nachfolgende, zwischen den vertragsschließenden Parteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich/uns gelten lassen, sofern ich/wir von einer vertragsschließenden Partei informiert wurden und nicht innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem/unseren fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 10 Abs. 3 des Vertrages Gebrauch gemacht habe/n.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift

Bitte faxen Sie Ihre Beitrittserklärung an 089/998382-84 oder per Post einsenden an: Bayerischer Apothekerverband e.V., Maria-Theresia-Str. 28, 81675 München
---

## **Anlage 4 – Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements**

### **§ 1 Arzneiverordnungsblatt**

Eine Verordnung gilt als Entlassverordnung, wenn die Verordnungen auf einem Vordruck erfolgt, der dem Muster 16 der Anlage 2/2a des BMV-Ä in der jeweils gültigen Fassung entspricht, mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ gemäß Anlage 2 – Technische Anlage zum Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V – versehen ist und die Betriebsstättennummer (BSNR) in der Codierleiste mit den Ziffern „75“ beginnt.

### **§ 2 Definition ordnungsgemäße Entlassverordnung**

Für das Vorliegen einer gültigen ordnungsgemäßen Entlassverordnung gelten die Regelungen zu einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung mit folgenden Abweichungen:

1. Das einstellige Kennzeichen „4“ ist am Ende des 7-stelligen Statusfeldes aufgetragen.
2. Die BSNR in der Codierleiste und im Personalienfeld stimmen überein und beginnen nach § 6 Abs. 3 Buchstabe b der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie Praxisnetznummern mit den Ziffern „75“.
3. Eine Arztnummer oder die Pseudoarztnummer „4444444“ plus Fachgruppencode nach § 6 Abs. 5 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V ist aufgetragen.
4. Die Verordnung wurde von einem Arzt gemäß § 4 Abs. 4 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V (Facharzt oder sein Vertreter) ausgestellt.
5. Eine Verordnung mit einem Aufkleber im Personalienfeld kann beliefert werden, wenn dieser fest und untrennbar mit dem Arzneiverordnungsblatt verbunden und die Angaben im Personalienfeld entsprechend § 3 Abs. 3 aufgebracht sind.

### **§ 3 Belieferungsfrist**

Verordnungen nach § 39 Abs. 1a SGB V dürfen gemäß § 11 Abs. 4 der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V nur innerhalb von drei Werktagen zu Lasten der Krankenkasse beliefert werden. Hierbei ist der Ausstellungstag mitzuzählen, sofern er ein Werktag ist.

### **§ 4 Auswahl von Produkten**

Sonstige in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogene Produkte (Produkte zur enteralen Ernährung) für die Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements können analog zu § 39 Abs. 1a SGB V für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen abgegeben werden. Ist erkennbar eine dies übersteigende Menge verordnet worden, kann der Abgebende ohne Rücksprache mit dem Arzt eine Menge bis zu einer Reichdauer von sieben Tagen oder die kleinste im Handel befindliche Packung abgeben. Dies ist durch den Abgebenden auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.