

Rahmenvertrag
gemäß § 127 Abs. 2, 2a SGB V a. F.
(in der vor dem 11.05.2019 geltenden Fassung)

über die ambulante Versorgung der Versicherten mit
bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gemäß
§ 31 Abs. 5 SGB V

zwischen der

Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

– nachfolgend „KKH“ genannt –

und

Firma:	_____
Zusatz:	_____
Straße:	_____
Postleitzahl und Ort:	_____
Institutskennzeichen (IK):	_____

– nachfolgend „Leistungserbringer“ genannt –

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Vertragsvoraussetzungen und Versorgungsberechtigung	4
§ 3 Beitritt Krankenkassen	5
§ 4 Serviceleistungen, Beratung	5
§ 5 Vertragspreise	6
§ 6 Zuzahlung der Versicherten	7
§ 7 Allgemeine Abgabe- und Lieferbestimmungen	7
§ 8 Abrechnung	11
§ 9 Rechnungsbezahlung	12
§ 10 Datenschutz	13
§ 11 Zusammenarbeit	14
§ 12 Vertragsverstöße und Vertragsmaßnahmen	15
§ 13 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung	17
§ 14 Schlussbestimmungen	18

Anlagen

Anlage 1: Beitrittserklärung für Krankenkassen	20
--	----

Präambel

Mit der vorliegenden Vereinbarung beabsichtigen die Vertragsparteien eine gleichermaßen wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten der KKH durch Leistungserbringer mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gemäß § 31 Abs. 5 SGB V.

Vertragspartner der KKH können nur Leistungserbringer sein, welche die Voraussetzungen für eine zweckmäßige und funktionsgerechte Beschaffung, Abgabe und Beratung der bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung erfüllen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die ambulante Versorgung der Versicherten mit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähigen bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung entsprechend § 31 Abs. 5 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Dies schließt alle damit im Zusammenhang stehenden Leistungen wie z. B. Beratung und Anleitung der Versicherten (oder deren Angehörige, Betreuer) in der Anwendung der Produkte, Abgabe, Belieferung, Nachlieferung, Retourenabwicklung sowie telefonische Beratung, Anleitung und Auftragsannahme ein.
- (3) Produkte, welche gemäß der Arzneimittel-Richtlinie keine Kassenleistung darstellen, sind von diesem Vertrag ausgeschlossen, es sei denn der/die Versicherte legt eine entsprechende Genehmigung der KKH vor.
- (4) Modul 1 umfasst alle verordnungsfähigen Produkte der Sondennahrung.
- (5) Modul 2 umfasst alle verordnungsfähigen Produkte der Trinknahrung.

§ 2 Vertragsvoraussetzungen und Versorgungsberechtigung

- (1) Voraussetzung für einen Beitritt ist eine Zertifizierung nach den Normen DIN EN ISO 9001 f oder einer gleichwertigen Zertifizierung, beziehungsweise das Führen einer Apotheke. Zur Betreuung, Beratung und Versorgung der Versicherten kann der Leistungserbringer nur medizinisches oder pharmazeutisches Personal, welches produktspezifisch geschult ist (z.B. Krankenschwestern, Ernährungstherapeuten, Ökotrophologen, Apotheker, PTA, Fachärzte für Ernährungsmedizin, staatlich anerkannter Alten-, Gesundheits- oder Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte, städtlich anerkannter Diätassistent) einsetzen. Zukünftige Anforderungen des GKV-Spitzenverbandes an der Versorgung gelten ebenfalls für diesen Vertrag.
- (2) Mit dem Abschluss erklärt der Verband, dass keiner der teilnehmenden Betriebe einen der unter §§ 123 Abs. 1 bis 4 und 124 Abs. 1 GWB genannten Ausschlussgründe erfüllt.
- (3) Die Berechtigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen beginnt für Leistungserbringer zum 01.10.2020, jedoch frühestens mit dem ersten Tag in dem Monat, in dem er dem Vertrag beigetreten ist. Der Leistungserbringer versichert mit dem Beitritt, dass sämtliche vertraglichen Voraussetzungen zur Leistungsberechtigung vorliegen. Die KKH räumt sich das Recht ein, bei Bedarf einen entsprechenden Nachweis vom Leistungserbringer anzufordern.
- (4) Voraussetzung für die Teilnahme eines Mitgliedsbetriebes an einem Verbandsvertrag ist ein wirksamer Vertrag zwischen dem Verband und der KKH. Die Leistungsberechtigung des einzelnen Mitgliedsbetriebes richtet sich nach den Vereinbarungen in diesem Vertrag, wobei der entsprechende Nachweis durch das Mitglied in diesem Falle gegenüber dem Verband zu erfolgen hat. Der Verband bestätigt nach eigener Prüfung gegenüber der KKH, dass sämtliche vertraglichen Voraussetzungen vorliegen. Die Gewähr für die Richtigkeit der Prüfung und Übermittlung der Angaben übernimmt der vertragsschließende Verband. Die KKH räumt sich das Recht ein, bei Bedarf entsprechende Nachweise vom Verband anzufordern. Der Verband informiert selbständig über Änderungen zu Mitgliedsbetrieben. Bei Kündigung dieses Vertrages durch einer der Vertragsparteien ist der vertragsschließende Verband verpflichtet die Kündigung der Mitgliedsbetriebe mitzuteilen.

- (5) Der Verband garantiert mit Abschluss dieses Vertrages der Mitgliedsbetriebe, dass eine Abschlussvollmacht für die genannten Mitgliedsbetriebe vorliegt. Die KKH räumt sich das Recht ein, bei Bedarf entsprechende Nachweise über die Abschlussvollmacht vom Verband anzufordern.

§ 3 Beitritt Krankenkassen

- (1) Andere Krankenkassen sind berechtigt, diesem Vertrag beizutreten. Der Beitritt erfolgt schriftlich gegenüber der KKH mit Vorlage der Beitrittserklärung (Anlage 1).
- (2) Die KKH stellt dem Leistungserbringer bzw. dem vertragschließenden Verband die Information über den Beitritt anderer Krankenkassen sowie jeweils bei Änderungen bzw. Kündigungen zur Verfügung. Der Verband ist verpflichtet entsprechend die Mitgliedsbetriebe zu informieren.

§ 4 Serviceleistungen, Beratung

- (1) Der Leistungserbringer erfüllt die Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. § 126 Abs. 1a SGB V a. F..
- (2) Der Leistungserbringer stellt eine persönliche Auftragsannahme zur Bearbeitung von Bestellungen und Reklamationen sowie die kostenlose, telefonische Erreichbarkeit (aus dem deutschen Festnetz, deutsche Ortsvorwahl-Nummer, keine kostenpflichtigen Sondernummern) zu den üblichen Geschäftszeiten (montags bis freitags; außer an gesetzlichen Feiertagen am Erfüllungsort) sicher. Das eingesetzte Personal muss entsprechend fachlich geschult sein und die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen. Rezepte können rund um die Uhr per Fax oder E-Mail eingereicht werden.

- (3) Der Leistungserbringer stellt eine persönliche Beratung sowie die kostenlose, telefonische Erreichbarkeit (aus dem deutschen Festnetz, deutsche Ortsvorwahl-Nummer, keine kostenpflichtigen Sondernummern), zur Beratung und Betreuung der Versicherten zu allen mit der Leistungserbringung, Versorgung oder Nutzung im Zusammenhang stehenden Fragen zu den üblichen Geschäftszeiten (montags bis freitags; außer an gesetzlichen Feiertagen am Erfüllungsort) zur Verfügung. Das eingesetzte Personal muss die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen und die Anforderung zur Beratung entsprechend § 2 Abs. 1 dieses Vertrages erfüllen.

§ 5 Vertragspreise

Die Vertragspreise können per E-Mail an am-sv@kkh.de angefragt werden.

§ 6 Zuzahlung der Versicherten

- (1) Für Versicherte gilt die gesetzliche Regelung zur Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V. Die Zuzahlung ist je Verordnungszeile zu erheben. Versicherte haben die gesetzliche Zuzahlung an den Leistungserbringer zu leisten bzw. sind durch diesen von den Versicherten einzubehalten. Der Leistungserbringer hat geleistete Zuzahlungen gegenüber den Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht (§§ 31 Abs. 3 Satz 1, 61 Sätze 1 und 4 SGB V).
- (2) Außer der gesetzlichen Zuzahlung darf der Leistungserbringer keine Zahlungen von den Versicherten fordern oder annehmen.
- (3) Es gilt § 43c SGB V entsprechend.

§ 7 Allgemeine Abgabe- und Lieferbestimmungen

- (1) Grundlage der Leistungspflicht der KKH ist eine vollständige, gültige und ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung im Original. Als gültige und ordnungsgemäße ärztliche Verordnung gelten nur die im Bundesmantelvertrag Ärzte nach § 87 SGB V (Arzt-Ersatzkassen-Vertrag)

vereinbarten Verordnungsblätter (Vordruck Muster 16) in der jeweils gültigen Fassung und wenn sie den Anforderungen gemäß § 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) entspricht. Hierzu gehören neben Angaben zu den verordneten Produkten und der Menge insbesondere folgende weitere Angaben:

- a. Namen der Krankenkasse
- b. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der/des Versicherten
- c. Institutskennzeichen (IK) der Krankenkasse
- d. Versicherten-Nummer (EKVNR)
- e. Status der/des Versicherten (einschl. der Kennzeichen gemäß § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
- f. Betriebsstättennummer (BSNR) und lebenslange Arzt-Nummer (LANR)
- g. Ausstellungsdatum
- h. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
- i. Kennzeichnung der Gebührenpflicht oder der Gebührenbefreiung
- j. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck mit folgenden Inhalten: Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme
- k. Eigenhändige Unterschrift der verschreibenden ärztlichen Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach Signaturgesetz.

- (2) Zukünftige Regelungen über die Abrechnung von elektronisch übermittelten Rezepten gelten ebenfalls für diesen Vertrag.
- (3) Erstverordnungen im Zusammenhang mit Klinikentlassungen haben dem § 39 Abs. 1a SGB V sowie den Inhalten nach § 7 Abs. 1 dieses Vertrages zu entsprechen. Auch bei der Erstversorgung dürfen folglich ausschließlich die im Bundesmantelvertrag Ärzte vereinbarten Verordnungsblätter (Muster 16) in der jeweils gültigen Fassung verwendet werden.
- (4) Für die Verordnung von Arzneimitteln (§ 31 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) sind vom/von der Vertragsarzt/-ärztin getrennte Verordnungsblätter zu verwenden.

- (5) Verordnungen, die mit einem Arbeitsunfall zusammenhängen, dürfen nicht zu Lasten der KKH beliefert werden. Dauerverordnungen und Verordnungskopien werden grundsätzlich nicht akzeptiert. Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden, wenn der Leistungserbringer die Fälschung oder den Missbrauch erkennt oder hätte erkennen müssen.
- (6) Ist die Verordnung unvollständig oder ungenau, hat der/die Vertragsarzt/-ärztin entsprechende Änderungen oder Ergänzungen vorzunehmen. Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen bedürfen einer erneuten Unterschrift mit Datumsangabe des verordnenden Arztes/Ärztin. Die Änderungen und Ergänzungen des/der Arztes/Ärztin müssen vor Abrechnung erfolgen. Eine Heilung nach Rezeptabrechnung wird nicht anerkannt. Sozialdaten des Versicherten (§ 7 Abs. 1 Punkt a, b, d und e dieses Vertrages) dürfen nach entsprechender Prüfung durch den Leistungserbringer ergänzt bzw. geheilt werden. Änderungen und Ergänzungen auf Verordnungsblättern sind grundsätzlich mit schwarzer oder blauer Farbe vorzunehmen. Fehlt die Angabe zur Packungsgröße, so ist die Packung mit der kleinsten verkehrsfähigen Menge bzw. Stückzahl abgabe- und abrechnungsfähig.
- (7) Ist weder das Feld "Gebühr frei" noch das Feld "Geb.-pfl." auf dem Verordnungsblatt angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, gilt der/die Versicherte als nicht von der Zuzahlung befreit, es sei denn, es wird ein gültiger Befreiungsausweis der KKH vorgelegt. Ist durch der/den Vertragsärztin/-arzt eindeutig, jedoch fälschlicherweise, das Feld „Gebühr frei“ auf dem Verordnungsblatt angekreuzt, verzichtet die KKH auf eine Absetzung der Zuzahlungssumme. Alle weiteren Abrechnungsprüfungen sind hiervon unbeeinträchtigt.
- (8) Der Leistungserbringer darf grundsätzlich keine Versorgung ablehnen und hat die durchgängige Versorgung aller anspruchsberechtigten Versicherten der KKH mit den verordneten Produkten im vom verordnenden Arzt/Ärztin vorgegebenen Umfang sicherzustellen. Eine Risikoselektion in Hinsicht auf die Schwere der Erkrankung der Versicherten ist unzulässig. Wählt ein/eine Versicherte/r den Leistungserbringer für die Leistungserbringung aus oder beauftragt die KKH den Leistungserbringer im Namen der/des Versicherten mit der Versorgung, so ist der Leistungserbringer grundsätzlich zur umfassenden Versorgung entsprechend den vertraglichen Regelungen verpflichtet.

- (9) Der Leistungserbringer hat der/dem Versicherten das/die Produkt/e unverzüglich nach Vorlage bzw. Eingang der Verordnung abzugeben bzw. kostenfrei zu beliefern, spätestens am übernächsten Werktag (Montag bis Samstag). In Abstimmung mit der/dem Versicherten kann die Lieferung auch nach Vereinbarung erfolgen. In diesem Fall hat der Leistungserbringer die Absprache mit der/dem Versicherten nachvollziehbar zu dokumentieren und der KKH das Dokument auf Verlangen vorzulegen.
- (10) Andere Gebühren, z.B. Porto- und Beschaffungskosten, sind nicht abrechenbar und können weder den Versicherten noch der KKH in Rechnung gestellt werden.
- (11) Die Abgabe bzw. Belieferung darf nur erfolgen, wenn die Verordnung innerhalb eines Monats nach Ausstellung beim Leistungserbringer vorgelegen hat. Belieferungen können erst nach Vorlage eines Muster 16 erfolgen. Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a SGB V, soweit sie als solche gekennzeichnet sind, dürfen nur innerhalb von 3 Werktagen zu Lasten der KKH beliefert werden.
- (12) Der Leistungserbringer beliefert die Rezepte grundsätzlich entsprechend der ärztlichen Verordnung. Herstellerneutrale Verordnungen sind wirtschaftlich durch einen preisgünstigen Anbieter zu beliefern. Maßgeblich ist das Abgabedatum der Verordnung.
- (13) Der KKH steht es frei, jede Leistung in der ihr im Einzelfall geeignet erscheinenden Form nachzuprüfen oder nachprüfen zu lassen. Im Allgemeinen sind beispielsweise Begutachtungen durch den MDK, Versichertenbefragungen, Betriebsbegehungen inkl. Leistungsnachweiskontrolle (Belegprüfung) oder Sachverständigengutachten geeignete Mittel der Prüfung.
- (14) Der Leistungserbringer versieht die Verordnung zum Zwecke der Abrechnung mit folgenden Angaben in maschinenlesbarer Form nach den Bestimmungen der Arzneimittelvereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (einschließlich der Technischen

Anlagen zum Datenträgeraustausch) in der jeweils gültigen Fassung. Hierzu gehören insbesondere folgende Angaben:

- a. Institutionskennzeichen (IK) des Leistungserbringers
- b. Gesamtzahlungsbetrag
- c. Gesamtbruttopreis
- d. Pharmazentralnummer (PZN)
- e. Packungseinheit gemäß PZN = Faktor
- f. Bruttopreis gemäß PZN je Zeile
- g. Abgabedatum.

§ 8 Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten § 300 SGB V und die Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e. V. über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (einschließlich der Technischen Anlagen) – im Folgenden "Vereinbarung nach § 300 SGB V" genannt – entsprechend.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Verpflichtung, die Abrechnungsdaten in einer für die KKH unmittelbar verwertbaren Form vollständig zu liefern. Die Abrechnung hat gegenüber den zuständigen Daten- und Belegannahme-stellen der KKH zu erfolgen. Die zuständigen Daten- und Belegannahme-stellen sind den jeweils aktuellen Kostenträgerdateien für die Abrechnung gemäß § 300 SGB V zu entnehmen (siehe z.B. „Kostenträgerdateien“ unter https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/apotheken/kostentraegerdateien/kostentraegerdateien_apo.jsp). Als vollständig gilt eine Abrechnung, wenn bei der von der KKH benannten Stellen die Original-Papier-Rechnungen und Original-Verordnungsblätter sowie die elektronischen Daten bzw. Rechnungen (RECP, ABRP, TA 3-Rechnungs- und Verordnungsdaten die TA 4 Images und ggf. Korrekturdaten nach TA 6) TA konform eingegangen sind. (Link zur TA: <https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/apotheken/apotheken.jsp>)
- (3) Der Leistungserbringer oder das von ihm beauftragte Abrechnungszentrum digitalisiert die Verordnungsblätter zu Images (gemäß der TA 4), ohne dass dafür Mehrkosten für die KKH entstehen, und stellt diese der KKH zur Verfügung.

- (4) Werden Abrechnungsdaten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern durch den Leistungserbringer oder das Abrechnungszentrum übermittelt, erfolgt eine pauschale Rechnungskürzung Höhe von 5 v. H. des Rechnungsbetrages im Rahmen von § 303 SGB V.
- (5) Pro Kostenträger (hier: Krankenkasse bzw. Pflegekasse) und je Leistungsbereich (z.B. Hilfsmittel bzw. Arznei- und Verbandmittel) sind separate Abrechnungen zu erstellen; sogenannte „Mischrechnungen“ sind unzulässig.
- (6) Die gemäß der vertragsärztlichen Verordnung vollständig erbrachten Leistungen sind einmal monatlich, bis zum Monatsletzten Werktag des auf den Tag der Leistungserbringung übernächsten Monats, per Sammelabrechnung mit den von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestellen abzurechnen. Die Frist gilt nur dann als gewahrt, wenn die Abrechnungsdaten bzw. Rechnungen und die dazugehörigen Urbelege bzw. rechnungsbegründenden Unterlagen vollständig gemäß Abs. 2 bei den von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestellen eingegangen sind. Werden einzelne Verordnungen mehr als ein Monat nach Ablauf der Frist abgerechnet, ist die KKH berechtigt den Gesamtbruttobetrag der Verordnungen um 10% zu kürzen. Eine Überschreitung der Frist um mehr als vier Monate befreit die KKH von ihrer Zahlungsverpflichtung.

§ 9 Rechnungsbezahlung

- (1) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von einem Monat nach Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und -unterlagen und Urbelege bzw. rechnungsbegründenden Unterlagen bei der von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wird. Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich auch später festgestellter Beanstandungen.
- (2) Zahlungen an vom Leistungserbringer in Anspruch genommene Rechenzentren, welche der KKH vom Leistungserbringer benannt wurden, erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die KKH. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem

Abrechnungszentrum und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

- (3) Die KKH bzw. die von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestellen sind berechtigt die eingereichten Unterlagen zurückzugeben und bzw. oder für die Datensätze eine Korrektur anzufordern, sollten die formalen Voraussetzungen für die Rechnungslegung nicht erfüllt sein, Differenzen festgestellt werden, die Abrechnungsdaten fehlerhaft sein oder sonstige begründete Beanstandungen vorliegen.
- (4) Beanstandungen können von der KKH oder dem von der KKH beauftragten Dienstleister innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsdaten und –unterlagen bei der von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestelle. Rückforderungen können, auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers, verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung bzw. ein Vertragsverstoß des Leistungserbringers vor.
- (5) Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer belegbezogen (mit PIC-Nummer) innerhalb von drei Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Beanstandung bei der Abrechnungsstelle des Leistungserbringers bzw. mit Eingang der Beanstandung bei dem Leistungserbringer. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang des Einspruches von der KKH bzw. die von der KKH benannten Daten- und Belegannahmestellen zu erfolgen. Werden die Fristen überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

§ 10 Datenschutz

- (1) Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen bzw. –beziehbaren Daten der Versicherten der KKH (Sozialdaten) durch den Leistungserbringer sowie eine entsprechende Übermittlung durch die KKH ist ausdrücklich ausgeschlossen und findet nicht statt. Im Übrigen verpflichtet sich

der Leistungserbringer, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten und persönlichen Verhältnisse Betroffener nicht unbefugt an Dritte weiterzugeben.
- (3) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei der Abwicklung dieses 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.
- (4) Der Leistungserbringer darf die an ihn überlassenen Sozialdaten nur im Rahmen der im § 300 SGB V genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. Die Daten dürfen vom Leistungserbringer nicht anderweitig verwendet und nicht länger gespeichert werden, als es für die Auftragserfüllung bzw. Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer verpflichtet sich gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSVGO für die Erfüllung der vertraglichen Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht des Leistungserbringers und seiner für die Auftragsabwicklung eingesetzten Mitarbeiter reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 11 Zusammenarbeit

- (1) Die KKH entscheidet über ihre Informationsmaßnahmen, insbesondere über deren Umfang und Inhalt nach freiem Ermessen. Die KKH informiert lediglich. Eine werbende Tätigkeit für den Leistungserbringer oder eine Empfehlung seiner Produkte ist ausgeschlossen. Insbesondere ist die KKH berechtigt die

Vertragsärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Ärzteverbände sowie ihre Versicherten über die Vereinbarung in geeigneter Weise zu informieren.

- (2) Der Leistungserbringer berücksichtigt, dass dieser Vertrag keine Produktempfehlung durch die KKH beinhaltet und vermeidet missverständliche Darstellungen bei Äußerungen gegenüber Dritten, insbesondere bei der Öffentlichkeitsarbeit und im Rahmen des Produktvertriebes. Davon unbenommen ist die Information über die Existenz dieses Vertrages und seiner Ziele gegenüber Dritten. Werbemaßnahmen des Leistungserbringers dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung beziehen.
- (3) Der Leistungserbringer hat den Versicherten und bzw. oder den/die Arzt/Ärztin zu beraten, soweit dieses notwendig ist. Eine über die übliche fachliche Beratung hinausgehende Beeinflussung der Anspruchsberechtigten, sich bestimmte Mittel bzw. Mengen zu Lasten der KKH verordnen zu lassen, ist unzulässig. Versicherte dürfen nicht motiviert oder beeinflusst werden, bestimmte Verordnungen von Vertragsärzten zu fordern. Gleichfalls darf der Leistungserbringer von sich aus den/die Vertragsarzt/-ärztin in seiner Verordnungsweise dahingehend nicht beeinflussen. Zuwiderhandlungen gegen diese Verpflichtungen sind schwerwiegende Vertragsverstöße gegen diesen Vertrag.
- (4) Den Versicherten steht die Wahl unter den Leistungserbringern frei. Leistungserbringer dürfen gemäß § 128 SGB V mit Vertragsärzten oder anderen Personen keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen zum Zwecke der Zuführung von Versicherten oder der Zuweisung von Verordnungen zu Lasten der KKH treffen.

§ 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 KKH unverzüglich mitzuteilen.

- (2) Verstößt der Leistungserbringer schuldhaft gegen eine vertragliche Pflicht, ist die KKH nach Anhörung des Leistungserbringers berechtigt, eine Verwarnung auszusprechen, eine Abmahnung zu erteilen, bei einem schwerwiegenden Verstoß eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 1.000 € zu erheben und den Vertrag außerordentlich zu kündigen. Für den Fall eines schwerwiegenden und wiederholten Verstoßes kann die KKH den Leistungserbringer weiterhin für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung für Leistungen nach diesem Vertrag ausschließen. Eine Vertragsstrafe kann während der Laufzeit dieses Vertrages mehrfach verwirkt werden.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, für jeden einzelnen gerichtlich nachgewiesenen Fall der Erlangung eines Versorgungsauftrages durch strafbares Handeln oder den Versuch hierzu an die KKH eine Vertragsstrafe je nach Schwere des Verstoßes in Höhe von bis zu 5.000,00 € zu zahlen.
- (4) Falls der Leistungserbringer den (Gesamt-)Bruttoumsatz durch strafbares Handeln erlangt hat oder zu erlangen versucht hat, muss er als Schadensersatz 15% vom Bruttoumsatz an die KKH zahlen.
- (5) Eine Vertragsstrafe gemäß Abs. 2 wird nicht fällig, wenn der Leistungserbringer nachweist, dass ihn in Bezug auf die Pflichtverletzung kein Verschulden im Sinne von §§ 276, 278 BGB trifft.
- (6) Die Vertragsstrafe ist an die KKH zu zahlen und sofort in einer Summe fällig. Ansprüche auf Zahlung von Vertragsstrafen bestehen unabhängig von einer Kündigung. Die Summe der Vertragsstrafe ist, außer in Fällen des § 12 Abs. 4 dieses Vertrages, auf insgesamt 5% vom Jahresbruttoumsatz beschränkt.
- (7) Die Geltendmachung weitergehender Ansprüche und Rechte, insbesondere eines Anspruches auf Schadensersatz, bleibt durch diese Regelung unberührt. Eine verwirkte Vertragsstrafe ist auf einen darüberhinausgehenden Anspruch anzurechnen.

- (8) Ein schwerwiegender Vertragsverstoß nach Abs 2 liegt insbesondere vor bei:
- a. strafbares handeln wie Bestechung, Vorteilsgewährung, wettbewerbsbeschränkende Absprachen und Betrug (§§ 263 298 333 und 334 Strafgesetzbuch)
 - b. vollendeten oder versuchten Betrugshandlungen bzw. Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der KKH
 - c. erneute Abrechnung beanstandeter Sachverhalte
 - d. Zuwiderhandlungen gegen die Verbote gemäß § 128 SGB V.

§ 13 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 01.10.2020 in Kraft, jedoch frühestens zum ersten des Monats des Beitritts einer Krankenkasse entsprechend der Anlage 1 bzw. zum Zeitpunkt der Versorgungsberechtigung eines Leistungserbringer gemäß § 2 Abs. 2 dieses Vertrages.
- (2) Der Vertrag gilt vorbehaltlich einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung nach § 71 Abs. 4 SGB V. Bei einer Beanstandung stellt die KKH dem Leistungserbringer innerhalb eines Monats einen geänderten Vertragsentwurf zur Verfügung.
- (3) Beim vorliegenden Vertrag handelt es sich um einen Beitrittsvertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V a.F., der auf den Beitritt einer Vielzahl von Leistungserbringern zu gleichen Bedingungen gerichtet ist. Durch diesen Vertrag werden die Vertragspartner daher nicht gehindert, weitere Verträge auf der Grundlage des § 127 Abs. 2 SGB V a.F. auch mit anderen Vertragspartnern zu schließen. Auf die Zusicherung von Exklusivität wird ausdrücklich verzichtet.
- (4) Mit Abschluss dieses Vertrages treten für die KKH und beigetretene Krankenkassen alle weiteren bisher für den Leistungserbringer geltenden Rahmenvereinbarungen über die ambulante Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung außer Kraft. Ausdrücklich nicht von dieser Vereinbarung betroffen sind Versorgungen nach § 127 Abs. 3 SGB V, welche zum Zeitpunkt des Beitritts bereits genehmigt waren. Deren Wirksamkeit bleibt unverändert.

- (5) Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende ohne Angabe von Gründen schriftlich gekündigt werden.
- (6) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt für beide Parteien unberührt. Auch die außerordentliche Kündigung bedarf der Schriftform. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn gesetzliche, gerichtliche oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen diesem Vertrag die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen. Sollte die Durchführung dieses Vertrages durch Behörden oder gerichtlich untersagt werden, verzichten die Vertragspartner auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen im Zusammenhang mit der Undurchführbarkeit dieses Vertrages

§ 14 Schlussbestimmungen

- (1) Im Übrigen gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind (§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V).
- (2) Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.
- (3) Gerichtsstand ist der Sitz der Unternehmenszentrale der KKH.
- (4) Gegen Forderungen der KKH darf der Leistungserbringer nur mit unbestrittenen oder rechtskräftig festgestellten Forderungen aufrechnen. Ein Streitfall berechtigt den Leistungserbringer nicht, die vertraglichen Leistungen einzuschränken oder einzustellen.

- (5) Bedingungen des Leistungserbringers, insbesondere allgemeine Geschäftsbedingungen, gelten im Verhältnis zur KKH nicht.
- (6) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder nachträglich werden, so werden die Wirksamkeit und die Durchführbarkeit aller übrigen Bestimmungen dieses Vertrages davon nicht berührt. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die unwirksame oder undurchführbare Bestimmung durch diejenige wirksame oder durchführbare Bestimmung zu ersetzen, die dem von den Vertragsparteien mit der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung verfolgten wirtschaftlichen Zweck und dem Parteiwillen am nächsten kommt.

Ort, Datum

Leistungserbringer
Stempel und Unterschrift

Ort, Datum

Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Stempel und Unterschrift

Anlage 1

Beitrittserklärung für Krankenkassen

über die ambulante Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur
enteralen Ernährung nach § 127 Abs. 2, 2a SGB V a. F.

Krankenkasse: _____
IK: _____
Anschrift: _____
Ansprechpartner: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____

Beitritt zu: ☐ Modul 1 – Sondennahrung
☐ Modul 2 – Trinknahrung

Die oben genannte Krankenkasse erklärt den verbindlichen Beitritt zum Vertrag
gemäß § 127 Abs. 2, 2a SGB V a. F. über die ambulante Versorgung der
Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung.

Alle Rechte und Pflichten der vertragsschließenden Krankenkasse aus diesem
Vertrag gelten im Rahmen des Beitritts auch für die oben angegebene.
Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Unterschrift der Krankenkasse