

Vertrag

über die Versorgung mit

patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung (§ 31 Abs. 1a SGB V) im Sinne der Anlage Va und Medizinprodukten mit Verbandmittelcharakter nach Anlage V der Arzneimittelrichtlinie, soweit nicht apothekenpflichtig

zwischen

AOK Bayern – die Gesundheitskasse
Carl-Wery-Straße 28
81739 München vertreten

durch

Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende
(im Folgenden „AOK“)

und

Name des Leistungserbringers/Firma

Adresse/Sitz

Institutionskennzeichen (IK)

Institutionskennzeichen (IK)

Institutionskennzeichen (IK)

(im Folgenden „Leistungserbringer“)

Präambel

Die Vertragsparteien schließen diesen Vertrag gemäß und analog § 31 Abs. 1 Satz 2, 2. HS SGB V i. V. m. §§ 126, 127 SGB V in der bis 10. Mai 2019 gültigen Fassung in entsprechender Anwendung über die Versorgung der Versicherten der AOK mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung, soweit die betreffenden Produkte nicht der Apothekenpflicht unterliegen (im Folgenden: vertragsgegenständliche Produkte). Der Vertrag dient der Erfüllung des Anspruchs der Versicherten nach § 31 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Ziel der Vertragsparteien ist es, die qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Produkten zu gewährleisten und für alle Beteiligten klare, einheitliche und rechtssichere Bedingungen zu schaffen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) a) Vertragsgegenständliche Produkte sind die patientenindividuell verordneten Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundversorgung im Sinne von § 31 Abs. 1a SGB V, verordnungsfähig nach § 31 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

b) Der Leistungserbringer liefert die vertragsgegenständlichen Produkte auf Grundlage einer ordnungsgemäßen Verordnung im Sinne von § 3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei Vorlage einer entsprechenden Verordnung alle vertragsgegenständlichen Produkte zu beschaffen. Falls der Schwerpunkt seiner Tätigkeit im Bereich der enteralen Ernährung liegt und aus dem Verbandstoffbereich nur PEG-Sets abgegeben werden, entfällt die Verpflichtung nach Satz 2.

c) Zusätzlich gewährleistet der Leistungserbringer eine umfassende Beratung des Patienten und – bei entsprechendem Bedarf und vorliegender Einwilligung des Patienten – auch seiner Angehörigen und von Mitarbeitern des den Patienten versorgenden ambulanten Pflegedienstes, ggf. im Austausch mit dem behandelnden und die Verbandstoffe verordnenden Arzt, um im Rahmen der vertragsgegenständlichen Leistungen ein sachgerechtes Wundmanagement und eine phasengerechte Wundversorgung zu fördern. Er erbringt jedoch in keinem Fall Leistungen nach § 37 SGB V.
- (2) Die AOK bezahlt an den Leistungserbringer die in diesem Vertrag in § 4 Abs. 2 festgelegten Preise, die alle Aufwendungen des Leistungserbringers abdecken.

§ 2 Vielfalt der Leistungserbringer/Vertragsschluss

- (1) Die gebotene Vielfalt der Leistungserbringer und die Wahlmöglichkeit der Versicherten unter diesen ist zu gewährleisten. Daher kann jeder Leistungserbringer (mit Ausnahme von Apotheken), der in der Lage ist, die vertragsgegenständlichen Produkte unter Einhaltung der einschlägigen rechtlichen Voraussetzungen zu liefern, diesen Vertrag schließen.
- (2) Abrechnungsberechtigt nach diesem Vertrag sind nur diejenigen Leistungserbringer, die diesen Vertrag geschlossen haben.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Zu Lasten der AOK dürfen die vertragsgegenständlichen Produkte nur auf Grundlage einer gültigen und ordnungsgemäß ausgestellten vertrags(zahn)ärztlichen Verordnung abgegeben werden. Die folgenden Regelungen gelten nach Einführung für die elektronische Verordnung entsprechend.
- (2) Die Verordnung muss zum Zeitpunkt der Produktabgabe beim Leistungserbringer im Original vorliegen. Dies gilt auch, sofern es sich dabei um eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung nach Anlage 1 dieses Vertrages im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V handelt. Die Verordnungen sind mit der Abrechnung im Original an die AOK zu übergeben. Als gültige ärztliche Verordnung gelten nur die im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vereinbarten Verordnungsblätter (Muster 16 oder Muster e16A der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 bzw. Anlage 2b BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung. Verordnungskopien werden nicht akzeptiert. Wird dem Leistungserbringer eine Verordnung mit dem Vermerk „Zweitschrift“/„Duplikat“ (oder vergleichbarer Kennzeichnung) vorgelegt, kann diese beliefert und abgerechnet werden. Wird sowohl die Erst- als auch die Zweitverordnung abgerechnet, behält sich die AOK das Recht vor, eine Verordnung zu kürzen.
- (3) Der Leistungserbringer hat jederzeit alle einschlägigen Rechtsvorschriften, insbesondere des Arzneimittel- und Medizinprodukterechts einzuhalten. Er hat sich eigenständig zu informieren, welche Vorschriften für die von ihm erbrachten Leistungen einschlägig sind.
- (4) Vertragsgegenständliche Produkte müssen den grundlegenden Anforderungen an Medizinprodukte gemäß dem aktuellen Medizinprodukterecht entsprechen und ein gültiges CE-Kennzeichen aufweisen.
- (5) Ein Qualitätsmanagement ist vorzuhalten (DIN ISO 9001,13485 oder vergleichbar) insbesondere bezüglich der Lagerung, Belieferung und Rückverfolgbarkeit der Verbandmittel.
- (6) Sofern eine Zustellung der vertragsgegenständlichen Produkte dieses Vertrages an den Wohn- oder Aufenthaltsort des Patienten notwendig ist, erfolgt diese ohne weitere Vergütung. Die Versorgung mit vertragsgegenständlichen Produkten ist unverzüglich zu beginnen, jedenfalls innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer.
- (7) Eine ordnungsgemäße Verordnung hat folgende Angaben zu enthalten:
 - a) Bezeichnung der verordneten Produkte inklusive Menge und Ausführung.
 - b) Angabe des Kostenträgers: Institutionskennzeichen (IK) und die Bezeichnung der Krankenkasse, bei Fehlen des IK bleibt der Vergütungsanspruch bestehen. Im Ersatzverfahren ist die Bezeichnung der Krankenkasse ausreichend. Bei einer durch den Vertragsarzt handschriftlich geänderten Kostenträgerbezeichnung ist das IK von dem Leistungserbringer zu streichen bzw. zu korrigieren.
 - c) Angaben zum Versicherten:
 - Versicherten-Nummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten; im Ausnahmefall, insbesondere im Ersatzverfahren, genügt die Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten;

- der Leistungserbringer ist nicht zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen Krankenkasse verpflichtet. Eine fehlende Mitgliedschaft entbindet die angegebene Krankenkasse nicht von der Zahlungspflicht.
- Der Leistungserbringer darf Korrekturen oder Ergänzungen dieser Daten vornehmen, wenn der Überbringer des Verordnungsblattes diese Angaben nachweist, glaubhaft versichert oder die Angaben für den Leistungserbringer anderweitig ersichtlich sind.
- Bei Fehlen der Versicherten-Nummer bleibt der Vergütungsanspruch bestehen.

d) Angaben zur Identität des verordnenden Vertragsarztes:

- Betriebsstättennummer bzw. Nebenbetriebsstättennummer (BSNR bzw. NBSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR) im Versichertenfeld sowie Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck im Verordnungsfeld.
- Der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, die Übereinstimmung der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld, im Vertragsarztstempel, oder im entsprechenden Aufdruck im Verordnungsfeld einerseits und in der Kodierzeile andererseits zu prüfen.
- Eine fehlende Angabe der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld muss vom Leistungserbringer mit der BSNR bzw. NBSNR aus der Kodierzeile ergänzt werden.
- Eine fehlende Angabe der LANR im Versichertenfeld muss vom Leistungserbringer aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt und abgezeichnet werden. Der Leistungserbringer haftet nicht für die Richtigkeit der LANR. Kann die LANR vom Leistungserbringer auch durch Nachfrage beim Arzt nicht ermittelt werden, kann die Aufbringung der LANR entfallen; der Leistungserbringer hat dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.
- Ein nicht dokumentiertes Fehlen der BSNR bzw. LANR berechtigt die AOK, den Gesamtbruttobetrag dieses Verordnungsblattes (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Verordnungszeile zu kürzen.

e) Ausstellungsdatum der Verordnung durch den Vertragsarzt:

Ein fehlendes oder ein offensichtlich falsches Ausstellungsdatum darf vom Leistungserbringer auf Grundlage einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt bzw. korrigiert werden. Das Ergebnis der Rücksprache hat der Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.

f) Unterschrift des Vertragsarztes:

Fehlt die Unterschrift des Arztes auf der Verordnung, retaxiert die AOK den Rezeptbetrag auf 0,00 EUR.

- (8) 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 der 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.

- (9) Eine Verordnung darf nur innerhalb der in der Arzneimittelrichtlinie nach § 92 SGB V genannten Frist beliefert werden. Die Belieferung umfasst die vollständige Abgabe der verordneten Produkte. Bei Überschreitung dieser Frist um mehr als 3 Tage entfällt der Anspruch auf Vergütung, es sei denn, der Leistungserbringer macht auf der Verordnung glaubhaft, dass die Fristüberschreitung aus Gründen der Beschaffung oder Rücksprache mit dem verordnenden Arzt unvermeidlich war. Für Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements gilt Anlage 1 dieses Vertrages.
- (10) Dauerverordnungen dürfen nicht beliefert werden. Pro Verordnung darf maximal der Bedarf für einen Monat beliefert werden.
- (11) Wird dem Leistungserbringer eine Verordnung vorgelegt, die keine Mengenangaben enthält, hat der Leistungserbringer die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben oder mit dem Vertragsarzt Rücksprache zu halten. Das Ergebnis dieser Rücksprache hat er auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.
- (12) Grundsätzlich sind für vertragsgegenständliche Produkte, Arzneimittel und Hilfsmittel jeweils getrennte Verordnungsblätter zu verwenden. Verordnet der Vertragsarzt auf ein- und demselben Verordnungsblatt sowohl Hilfsmittel bzw. Arzneimittel als auch vertragsgegenständliche Produkte, dürfen entweder nur die vertragsgegenständlichen Produkte oder nur die Hilfsmittel bzw. Arzneimittel abgegeben und abgerechnet werden. Die nicht abgegebenen Mittel sind auf dem Verordnungsblatt zu streichen.
- (13) Der Leistungserbringer darf keine Verordnung ablehnen, die sich auf vertragsgegenständliche Produkte bezieht. Ausnahmsweise darf er eine Verordnung zurückweisen, wenn ihm deren Belieferung aufgrund erheblicher Schwierigkeiten bei der Beschaffung des verordneten Produkts nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich wäre. Ebenso darf er eine Versorgung ablehnen in Fällen, in denen diese ihm aufgrund eines erheblich gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen ihm und demjenigen, auf den die Verordnung ausgestellt ist, oder dem Überbringer der Verordnung nicht zumutbar ist. Eine Risikoselektion in Hinsicht auf die Schwere der Erkrankung der Versicherten ist unzulässig.
- (14) Die Verordnung muss vollständig und im Voraus vom Verordner ausgefüllt werden. Eine Delegation auch nur von technischen und Umsetzungsleistungen bei Ausstellung der Verordnung an den Leistungserbringer ist unzulässig. In einem solchen Fall erfolgt eine Retaxierung auf 0,00 EUR.
- (15) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden und lösen keinen Zahlungsanspruch des Leistungserbringers gegen die AOK aus. Eine Retaxation erfolgt nur, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt zum Zeitpunkt der Belieferung erkennbar war. Der Umfang der Retaxation steht im Beurteilungsspielraum der AOK und hat in angemessenem Verhältnis zum Verschulden des Leistungserbringers zu stehen.

§ 4 Vergütung

- (1) Ein Vergütungsanspruch besteht nur für vertrags(zahn)ärztlich verordnete und für zu Lasten der GKV ordnungsfähige Produkte. Für eine Belieferung, die über die verordnete Menge hinausgeht, besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK.

(2) Die Preisbildung gestaltet sich folgendermaßen:

Bezeichnung	Preis
Verbandstoffe	AEK - 6 %
PEG-Verbandset	2,50€ je Stück

Alle Preise verstehen sich zzgl. Umsatzsteuer und als Höchstpreise auf Basis des im ABDA-Artikelstamm gemeldeten Apothekeneinkaufspreises (AEK) am Tag der Abgabe. Die Abrechnung von über die vertraglich vereinbarten Preise hinausgehenden Kosten oder Auslagen etc. ist unzulässig. Die Erhebung der gesetzlichen Zuzahlungen bleibt unberührt. Weitere Zahlungen von Patienten oder Dritten darf der Leistungserbringer im Zusammenhang mit den Leistungen nach diesem Vertrag weder verlangen noch annehmen.

- (3) Auf den einzelnen Verordnungsblättern sind auf der Vorderseite alle gesetzlich und vertraglich notwendigen Angaben zur Preisfeststellung zu machen. Soweit der Einkaufspreis von vertragsgegenständlichen Produkten nicht im ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist oder soweit in Absatz 2 kein fester Abrechnungspreis vereinbart ist, ist der Einkaufspreis auf der Vorderseite des Rezepts anzugeben. Bei Verordnung per E-Rezept sind die entsprechenden Angaben im Abgabedatensatz zu machen
- (4) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung nach §§ 2, 12, 70 und 135a SGB V sicherzustellen. Insbesondere ist stets die wirtschaftlichste Stückelung und bei bloß gattungsmäßiger Verordnung stets das wirtschaftlichste der Gattung entsprechende Produkt abzugeben.
- (5) Die Rechnungen sind unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von 28 Kalendertagen nach vollständigem Rechnungseingang entsprechend § 5 Abs. 1 zu begleichen. Fällt der letzte Tag der Frist 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 die Verrechnung dieser mit der nächstfälligen Zahlung vor, sofern sich diese nicht direkt bei der laufenden Abrechnung in Abzug bringen lassen.

§ 5 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Eine vollständige Rechnungslegung umfasst: - die Papier-Rechnung,
- die elektronische Rechnung (RECP),
 - die Abrechnungsdaten und
 - die Verordnungen
 - die Rechnung im PDF-Format (SERA) gemäß Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 in Verbindung mit der technischen Anlage 3

- (2) Die Rechnungen und alle zugehörigen Dokumente sind gemäß der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. (DAV) über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einschließlich der technischen Anlagen zu erstellen und müssen deren Vorgaben erfüllen.

Ergänzend gilt:

- a) Der Leistungserbringer darf nur Verordnungsblätter abrechnen, die er in den dafür vorgesehenen Feldern mit den geforderten Angaben Anlage 1 und 2 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V versehen hat.
- b) Es ist die zum Zeitpunkt der Abgabe gültige Pharmazentralnummer (PZN) des tatsächlich abgegebenen Produktes aufzutragen. Die Verwendung von Sonderkennzeichen gemäß Technischer Anlage 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V („Sammel-PZN“) ist nur zulässig, wenn für das Produkt im ABDA-Artikelstamm kein reguläres Kennzeichen aufgeführt ist.

Wird ein Produkt vor dem Termin seiner Listung im ABDA-Artikelstamm vom Hersteller in den Markt gebracht und vom Leistungserbringer abgegeben, wird die Verordnung zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung erst ab dem Tag der Listung im ABDA-Artikelstamm bedruckt; das tatsächliche Abgabedatum im Sinne des Buchstabens d) ist in diesem Ausnahmefall zusätzlich auf der Verordnung zu vermerken.

- c) Es ist das gültige Institutionskennzeichen des Leistungserbringers nach § 293 SGB V zu verwenden.
 - d) Das Abgabedatum ist der Tag der Abgabe der verordneten Produkte.
 - e) Der Leistungserbringer hat die von ihm nach diesem Vertrag durchzuführenden Ergänzungen, Änderungen und Vermerke auf der Vorderseite der Verordnung anzubringen.
 - f) Werden Verordnungsblätter entgegen den Bestimmungen dieses Absatzes abgerechnet, ist die AOK berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungen (ggf. zuzüglich Taxkorrekturen) um 5 Euro je Packung zu kürzen, jedoch höchstens um 10% des Gesamtbruttobetrages je Verordnungsblatt. Davon abweichend darf sich bei Fehlern, die nur eine Rezeptzeile betreffen, die Kürzung nur auf diese Rezeptzeile beziehen. Eine Korrektur von bereits abgerechneten Verordnungen durch den Leistungserbringer berührt nicht die Wirksamkeit solcher Kürzungen.
- (3) Die Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK 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.
- (4) Ab dem Zeitpunkt der verpflichtenden Verwendung des e-Rezepts, sind für die Abrechnung die Vorgaben gemäß der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 in Verbindung mit der technischen Anlage 7 und deren Anhänge zwingend einzuhalten.

§ 6 Konkrete Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet grundsätzlich spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit der AOK oder den von dieser benannten Stellen ab. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 um bis zu zwölf Monate befreit die AOK nicht von ihrer Zahlungspflicht. Werden jedoch Verordnungen mehr als einen Monat nach Ablauf der Frist nach Satz 1 abgerechnet, ist die AOK berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungsblätter (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Packung zu kürzen, es sei denn, der Leistungserbringer hat die Fristüberschreitung nicht zu vertreten; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 7 Abs. 6 sind ausgeschlossen. Nach Ablauf der Frist nach Satz 2 sind Abrechnungen oder sonstige Nachforderungen ausgeschlossen, es sei denn, der Leistungserbringer hat das Fristversäumnis nicht zu vertreten. Versäumnisse des beauftragten Abrechnungsdienstleisters muss sich der Leistungserbringer zurechnen lassen.
- (2) Pro Kalendermonat kann eine Abrechnung erfolgen. Reicht der Leistungserbringer mehrere Abrechnungen innerhalb eines Kalendermonats ein, ist die AOK Bayern ab der zweiten Rechnung berechtigt, einen pauschalen Abzug von 5% vorzunehmen, es sei denn, der Leistungserbringer hat dies nicht zu vertreten. Versäumnisse des beauftragten Abrechnungsdienstleisters muss sich der Leistungserbringer zurechnen lassen.
- (3) Die Rechnung weist, soweit zutreffend, die gesetzlichen Abschläge aus und ist nach den Statusgruppen gemäß Abschnitt 8.2.1 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung unterteilt.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) Die Kosten der Abrechnung insbesondere des Abrechnungsdienstleisters trägt der Leistungserbringer.
- (7) 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 die dazugehörigen Images nach Technischer Anlage 4 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V.
- (8) 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

Vertrag über die Versorgung mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung (§ 31 Abs. 1a SGB V) im Sinne der Anlage Va und Medizinprodukten mit Verbandmittelcharakter nach Anlage V der Arzneimittelrichtlinie

g. Abgabedatum

h. Beleg-Nummer des Ordnungsblattes nach der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V

Zudem sind, insofern abweichend von den o. g. Regelungen abgerechnet wird, die Bestimmungen des § 303 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen.

- (9) Dem Ordnungsblatt 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 aufzubewahren. Auf Verlangen sind diese Unterlagen der AOK zu übermitteln. Auf der Vorderseite der Verordnung ist ein Vermerk über den Verbleib der Unterlagen beim Leistungserbringer aufzubringen

§ 7 Prüfung und Beanstandung der Rechnungsstellung

- (1) Beanstandungen aufgrund der Prüfung der Rechnungen und rechnungsbegründenden Unterlagen gemäß § 4 Abs. 7 müssen von der AOK gegenüber dem Leistungserbringer innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats geltend gemacht werden, in dem die Abrechnung erfolgte. Sofern für einzelne Verordnungen 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.
- (2) In Zusammenhang mit der Beanstandung nach Abs. 1 ist dem Leistungserbringer von der AOK eine Begründung der Beanstandung zuzusenden. Bei Vollabsetzung von Irrläuferrezepten sind die Ordnungsblätter im Original beizufügen.
- (3) Der Leistungserbringer kann innerhalb von drei 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.
- (4) Die Prüfung des Einspruchs gegen eine Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei 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.
- (5) 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) Wenn ein Leistungserbringer gröblich und schuldhaft gegen wesentliche Bestimmungen dieses Vertrages, insbesondere die Regelungen zur Abrechnung und zum ordnungsgemäßen Umgang mit den zu liefernden Produkten verstößt oder Mitteilungspflichten verletzt, kann ihn die AOK mit einer Vertragsstrafe bis zur Höhe von 10.000€ belegen. Diese wird von der AOK unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien, festgesetzt und kann im Streitfall über die Angemessenheit vom zuständigen Gericht überprüft werden. Die AOK hat einen festgestellten Verstoß unverzüglich und substantiiert dem Leistungserbringer anzuzeigen. Der Leistungserbringer hat danach Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor eine Vertragsstrafe festgesetzt wird. Eine Vertragsstrafe erfolgt nach den vorstehenden Sätzen zusätzlich zu aus den gleichen

Vertrag über die Versorgung mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung (§ 31 Abs. 1a SGB V) im Sinne der Anlage Va und Medizinprodukten mit Verbandmittelcharakter nach Anlage V der Arzneimittelrichtlinie

Gründen bestehenden Schadensersatzansprüchen; diese bleiben durch die Verhängung einer Vertragsstrafe unberührt

§ 8 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU-DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, tritt an ihre Stelle diejenige Regelung, die der unwirksamen am nächsten kommt und die die Vertragsparteien bei Kenntnis der Unwirksamkeit mutmaßlich geschlossen hätten. Der Vertrag insgesamt bleibt in jedem Fall wirksam.

§ 10 Laufzeit und Kündigung

- (1) Ein Abschluss dieses Vertrags zwischen dem Leistungserbringer und der AOK Bayern ist frühestens mit Wirkung zum 01.02.2026 möglich. Der individuelle Vertragsbeginn richtet

sich – in Abhängigkeit vom Eingang der Vertragsunterlagen bei der AOK Bayern – nach den Verfahrensbedingungen zum Open-House-Verfahren Verbandmittel, welche im deutschen Vergabeportal abrufbar sind. Ein rückwirkender Vertragsbeginn (vor Eingang der Unterlagen) ist ausgeschlossen.

- (2) Dieser Vertrag beginnt am _____ (Datum wird von der AOK Bayern gemäß Abs. 1 Satz 2 eingetragen).
- (3) Der Vertrag endet am 31.01.2030
- (4) Der teilnehmende Leistungserbringer kann seine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen
- (5) Die AOK kann den Vertrag einheitlich gegenüber allen teilnehmenden Leistungserbringern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen. Mögliche Gründe sind insbesondere Rechtsänderungen oder gerichtliche oder behördliche Entscheidungen, die den Vertrag unzulässig werden lassen oder seinen Vollzug hindern.
- (6) Das Recht der AOK zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund gegenüber einzelnen Leistungserbringern bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn der Leistungserbringer schwerwiegend oder wiederholt gegen § 128 Abs. 1 oder 2 i. V. m. Abs. 6 SGB V verstoßen hat. Im Falle einer Kündigung aus wichtigem Grund ist es dem Leistungserbringer verwehrt, den Vertrag vor Ablauf von zwei Jahren ab Wirksamwerden der Kündigung erneut zu schließen.

Leistungserbringer Bezeichnung

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

IK

Anschrift, Stempel

Unterschrift

Anlage 1 – Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements

§ 1 Arzneiverordnungsblatt

Eine Verordnung gilt als Entlassverordnung, wenn die Verordnung 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 Praxisnetz-nummern 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 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.

Anlage 2 - Zuverlässigkeitsklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass über das Vermögen unseres Unternehmens kein Insolvenz- oder vergleichbares Verfahren eröffnet ist und die Eröffnung auch weder beantragt noch mangels Masse abgelehnt wurde.

Wir erklären, dass sich unser Unternehmen nicht in der Liquidation befindet.

Wir erklären, dass weder das Unternehmen noch eine für dessen Leistung verantwortliche Persona eine schwere Verfehlung begangen haben, die die Zuverlässigkeit infrage stellt.

Wir versichern, unsere umwelt-, sozial- und arbeitsrechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen.

Wir versichern, dass unser Unternehmen seine Pflichten zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie zur Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) ordnungsgemäß erfüllt hat.

Wir versichern, keine wettbewerbswidrigen und/oder gegen § 128 SGB V verstoßenden Abreden getroffen zu haben.

Außerdem erklären wir, dass unser Unternehmen nicht:

- a) russische(r) Staatsangehörige(r) oder eine in Russland niedergelassene natürliche oder juristische Person, Organisation oder Einrichtung ist,
- b) eine juristische Person, Organisation oder Einrichtung ist, deren Anteile zu über 50% unmittelbar oder mittelbar von einer der unter Buchstabe a genannten Organisationen gehalten werden, oder
- c) eine natürliche oder juristische Person, Organisation oder Einrichtung ist, die im Namen oder auf Anweisung einer der unter Buchstabe a oder b genannten Organisationen handelt,
- d) Kapazitäten von Unterauftragnehmern, Lieferanten oder Unternehmen in Anspruch nimmt, auf die mehr als 10% des Auftragswerts entfällt, soweit diese Unterauftragnehmer, Lieferanten oder Unternehmen ihrerseits unter Buchstabe a bis c fallen.

Weiter erklären wir, dass wir der AOK Bayern unverzüglich Mitteilung machen werden,

- (1) sobald und soweit einer der vorstehend unter den Buchstaben a) bis d) genannten Tatbestände aufgrund einer Änderung der Umstände nach Abgabe dieser Eigenerklärung auf uns zutrifft und/oder
- (2) sobald und soweit wir zukünftig von „Russlandsanktionen“, insbesondere solchen nach der VO (EU) Nr. 833/2014 (auch in zukünftigen Fassungen), betroffen sein sollten.

☐ Es handelt sich bei unserem Unternehmen um ein Kleinunternehmen, ein kleines Unternehmen oder ein mittleres Unternehmen (bitte ankreuzen falls eine Variante zutrifft)

Datum

Unterschrift, Firmenstempel

Vertrag

über die Versorgung mit

patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung (§ 31 Abs. 1a SGB V) im Sinne der Anlage Va und Medizinprodukten mit Verbandmittelcharakter nach Anlage V der Arzneimittelrichtlinie, soweit nicht apothekenpflichtig

zwischen

AOK Bayern – die Gesundheitskasse
Carl-Wery-Straße 28
81739 München vertreten

durch

Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende
(im Folgenden „AOK“)

und

Name des Leistungserbringers/Firma

Adresse/Sitz

Institutionskennzeichen (IK)

Institutionskennzeichen (IK)

Institutionskennzeichen (IK)

(im Folgenden „Leistungserbringer“)

Präambel

Die Vertragsparteien schließen diesen Vertrag gemäß und analog § 31 Abs. 1 Satz 2, 2. HS SGB V i. V. m. §§ 126, 127 SGB V in der bis 10. Mai 2019 gültigen Fassung in entsprechender Anwendung über die Versorgung der Versicherten der AOK mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung, soweit die betreffenden Produkte nicht der Apothekenpflicht unterliegen (im Folgenden: vertragsgegenständliche Produkte). Der Vertrag dient der Erfüllung des Anspruchs der Versicherten nach § 31 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Ziel der Vertragsparteien ist es, die qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit den vertragsgegenständlichen Produkten zu gewährleisten und für alle Beteiligten klare, einheitliche und rechtssichere Bedingungen zu schaffen.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) a) Vertragsgegenständliche Produkte sind die patientenindividuell verordneten Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundversorgung im Sinne von § 31 Abs. 1a SGB V, verordnungsfähig nach § 31 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.

b) Der Leistungserbringer liefert die vertragsgegenständlichen Produkte auf Grundlage einer ordnungsgemäßen Verordnung im Sinne von § 3. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei Vorlage einer entsprechenden Verordnung alle vertragsgegenständlichen Produkte zu beschaffen. Falls der Schwerpunkt seiner Tätigkeit im Bereich der enteralen Ernährung liegt und aus dem Verbandstoffbereich nur PEG-Sets abgegeben werden, entfällt die Verpflichtung nach Satz 2.

c) Zusätzlich gewährleistet der Leistungserbringer eine umfassende Beratung des Patienten und – bei entsprechendem Bedarf und vorliegender Einwilligung des Patienten – auch seiner Angehörigen und von Mitarbeitern des den Patienten versorgenden ambulanten Pflegedienstes, ggf. im Austausch mit dem behandelnden und die Verbandstoffe verordnenden Arzt, um im Rahmen der vertragsgegenständlichen Leistungen ein sachgerechtes Wundmanagement und eine phasengerechte Wundversorgung zu fördern. Er erbringt jedoch in keinem Fall Leistungen nach § 37 SGB V.
- (2) Die AOK bezahlt an den Leistungserbringer die in diesem Vertrag in § 4 Abs. 2 festgelegten Preise, die alle Aufwendungen des Leistungserbringers abdecken.

§ 2 Vielfalt der Leistungserbringer/Vertragsschluss

- (1) Die gebotene Vielfalt der Leistungserbringer und die Wahlmöglichkeit der Versicherten unter diesen ist zu gewährleisten. Daher kann jeder Leistungserbringer (mit Ausnahme von Apotheken), der in der Lage ist, die vertragsgegenständlichen Produkte unter Einhaltung der einschlägigen rechtlichen Voraussetzungen zu liefern, diesen Vertrag schließen.
- (2) Abrechnungsberechtigt nach diesem Vertrag sind nur diejenigen Leistungserbringer, die diesen Vertrag geschlossen haben.

§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Zu Lasten der AOK dürfen die vertragsgegenständlichen Produkte nur auf Grundlage einer gültigen und ordnungsgemäß ausgestellten vertrags(zahn)ärztlichen Verordnung abgegeben werden. Die folgenden Regelungen gelten nach Einführung für die elektronische Verordnung entsprechend.
- (2) Die Verordnung muss zum Zeitpunkt der Produktabgabe beim Leistungserbringer im Original vorliegen. Dies gilt auch, sofern es sich dabei um eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung nach Anlage 1 dieses Vertrages im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements im Sinne des § 39 Abs. 1a SGB V handelt. Die Verordnungen sind mit der Abrechnung im Original an die AOK zu übergeben. Als gültige ärztliche Verordnung gelten nur die im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vereinbarten Verordnungsblätter (Muster 16 oder Muster e16A der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 bzw. Anlage 2b BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung. Verordnungskopien werden nicht akzeptiert. Wird dem Leistungserbringer eine Verordnung mit dem Vermerk „Zweitschrift“/„Duplikat“ (oder vergleichbarer Kennzeichnung) vorgelegt, kann diese beliefert und abgerechnet werden. Wird sowohl die Erst- als auch die Zweitverordnung abgerechnet, behält sich die AOK das Recht vor, eine Verordnung zu kürzen.
- (3) Der Leistungserbringer hat jederzeit alle einschlägigen Rechtsvorschriften, insbesondere des Arzneimittel- und Medizinprodukterechts einzuhalten. Er hat sich eigenständig zu informieren, welche Vorschriften für die von ihm erbrachten Leistungen einschlägig sind.
- (4) Vertragsgegenständliche Produkte müssen den grundlegenden Anforderungen an Medizinprodukte gemäß dem aktuellen Medizinprodukterecht entsprechen und ein gültiges CE-Kennzeichen aufweisen.
- (5) Ein Qualitätsmanagement ist vorzuhalten (DIN ISO 9001,13485 oder vergleichbar) insbesondere bezüglich der Lagerung, Belieferung und Rückverfolgbarkeit der Verbandmittel.
- (6) Sofern eine Zustellung der vertragsgegenständlichen Produkte dieses Vertrages an den Wohn- oder Aufenthaltsort des Patienten notwendig ist, erfolgt diese ohne weitere Vergütung. Die Versorgung mit vertragsgegenständlichen Produkten ist unverzüglich zu beginnen, jedenfalls innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der ärztlichen Verordnung beim Leistungserbringer.
- (7) Eine ordnungsgemäße Verordnung hat folgende Angaben zu enthalten:
 - a) Bezeichnung der verordneten Produkte inklusive Menge und Ausführung.
 - b) Angabe des Kostenträgers: Institutionskennzeichen (IK) und die Bezeichnung der Krankenkasse, bei Fehlen des IK bleibt der Vergütungsanspruch bestehen. Im Ersatzverfahren ist die Bezeichnung der Krankenkasse ausreichend. Bei einer durch den Vertragsarzt handschriftlich geänderten Kostenträgerbezeichnung ist das IK von dem Leistungserbringer zu streichen bzw. zu korrigieren.
 - c) Angaben zum Versicherten:
 - Versicherten-Nummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten; im Ausnahmefall, insbesondere im Ersatzverfahren, genügt die Angabe von Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten;

- der Leistungserbringer ist nicht zur Nachprüfung der vom Arzt angegebenen Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen Krankenkasse verpflichtet. Eine fehlende Mitgliedschaft entbindet die angegebene Krankenkasse nicht von der Zahlungspflicht.
- Der Leistungserbringer darf Korrekturen oder Ergänzungen dieser Daten vornehmen, wenn der Überbringer des Verordnungsblattes diese Angaben nachweist, glaubhaft versichert oder die Angaben für den Leistungserbringer anderweitig ersichtlich sind.
- Bei Fehlen der Versicherten-Nummer bleibt der Vergütungsanspruch bestehen.

d) Angaben zur Identität des verordnenden Vertragsarztes:

- Betriebsstättennummer bzw. Nebenbetriebsstättennummer (BSNR bzw. NBSNR) und lebenslange Arztnummer (LANR) im Versichertenfeld sowie Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck im Verordnungsfeld.
- Der Leistungserbringer ist nicht verpflichtet, die Übereinstimmung der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld, im Vertragsarztstempel, oder im entsprechenden Aufdruck im Verordnungsfeld einerseits und in der Kodierzeile andererseits zu prüfen.
- Eine fehlende Angabe der BSNR bzw. NBSNR im Versichertenfeld muss vom Leistungserbringer mit der BSNR bzw. NBSNR aus der Kodierzeile ergänzt werden.
- Eine fehlende Angabe der LANR im Versichertenfeld muss vom Leistungserbringer aufgrund einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt und abgezeichnet werden. Der Leistungserbringer haftet nicht für die Richtigkeit der LANR. Kann die LANR vom Leistungserbringer auch durch Nachfrage beim Arzt nicht ermittelt werden, kann die Aufbringung der LANR entfallen; der Leistungserbringer hat dies auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.
- Ein nicht dokumentiertes Fehlen der BSNR bzw. LANR berechtigt die AOK, den Gesamtbruttobetrag dieses Verordnungsblattes (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Verordnungszeile zu kürzen.

e) Ausstellungsdatum der Verordnung durch den Vertragsarzt:

Ein fehlendes oder ein offensichtlich falsches Ausstellungsdatum darf vom Leistungserbringer auf Grundlage einer Rücksprache mit dem Vertragsarzt ergänzt bzw. korrigiert werden. Das Ergebnis der Rücksprache hat der Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.

f) Unterschrift des Vertragsarztes:

Fehlt die Unterschrift des Arztes auf der Verordnung, retaxiert die AOK den Rezeptbetrag auf 0,00 EUR.

- (8) 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 der 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.

- (9) Eine Verordnung darf nur innerhalb der in der Arzneimittelrichtlinie nach § 92 SGB V genannten Frist beliefert werden. Die Belieferung umfasst die vollständige Abgabe der verordneten Produkte. Bei Überschreitung dieser Frist um mehr als 3 Tage entfällt der Anspruch auf Vergütung, es sei denn, der Leistungserbringer macht auf der Verordnung glaubhaft, dass die Fristüberschreitung aus Gründen der Beschaffung oder Rücksprache mit dem verordnenden Arzt unvermeidlich war. Für Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements gilt Anlage 1 dieses Vertrages.
- (10) Dauerverordnungen dürfen nicht beliefert werden. Pro Verordnung darf maximal der Bedarf für einen Monat beliefert werden.
- (11) Wird dem Leistungserbringer eine Verordnung vorgelegt, die keine Mengenangaben enthält, hat der Leistungserbringer die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben oder mit dem Vertragsarzt Rücksprache zu halten. Das Ergebnis dieser Rücksprache hat er auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.
- (12) Grundsätzlich sind für vertragsgegenständliche Produkte, Arzneimittel und Hilfsmittel jeweils getrennte Verordnungsblätter zu verwenden. Verordnet der Vertragsarzt auf ein- und demselben Verordnungsblatt sowohl Hilfsmittel bzw. Arzneimittel als auch vertragsgegenständliche Produkte, dürfen entweder nur die vertragsgegenständlichen Produkte oder nur die Hilfsmittel bzw. Arzneimittel abgegeben und abgerechnet werden. Die nicht abgegebenen Mittel sind auf dem Verordnungsblatt zu streichen.
- (13) Der Leistungserbringer darf keine Verordnung ablehnen, die sich auf vertragsgegenständliche Produkte bezieht. Ausnahmsweise darf er eine Verordnung zurückweisen, wenn ihm deren Belieferung aufgrund erheblicher Schwierigkeiten bei der Beschaffung des verordneten Produkts nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich wäre. Ebenso darf er eine Versorgung ablehnen in Fällen, in denen diese ihm aufgrund eines erheblich gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen ihm und demjenigen, auf den die Verordnung ausgestellt ist, oder dem Überbringer der Verordnung nicht zumutbar ist. Eine Risikoselektion in Hinsicht auf die Schwere der Erkrankung der Versicherten ist unzulässig.
- (14) Die Verordnung muss vollständig und im Voraus vom Verordner ausgefüllt werden. Eine Delegation auch nur von technischen und Umsetzungsleistungen bei Ausstellung der Verordnung an den Leistungserbringer ist unzulässig. In einem solchen Fall erfolgt eine Retaxierung auf 0,00 EUR.
- (15) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden und lösen keinen Zahlungsanspruch des Leistungserbringers gegen die AOK aus. Eine Retaxation erfolgt nur, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt zum Zeitpunkt der Belieferung erkennbar war. Der Umfang der Retaxation steht im Beurteilungsspielraum der AOK und hat in angemessenem Verhältnis zum Verschulden des Leistungserbringers zu stehen.

§ 4 Vergütung

- (1) Ein Vergütungsanspruch besteht nur für vertrags(zahn)ärztlich verordnete und für zu Lasten der GKV ordnungsfähige Produkte. Für eine Belieferung, die über die verordnete Menge hinausgeht, besteht kein Vergütungsanspruch gegenüber der AOK.

(2) Die Preisbildung gestaltet sich folgendermaßen:

Bezeichnung	Preis
Verbandstoffe	AEK - 6 %
PEG-Verbandset	2,50€ je Stück

Alle Preise verstehen sich zzgl. Umsatzsteuer und als Höchstpreise auf Basis des im ABDA-Artikelstamm gemeldeten Apothekeneinkaufspreises (AEK) am Tag der Abgabe. Die Abrechnung von über die vertraglich vereinbarten Preise hinausgehenden Kosten oder Auslagen etc. ist unzulässig. Die Erhebung der gesetzlichen Zuzahlungen bleibt unberührt. Weitere Zahlungen von Patienten oder Dritten darf der Leistungserbringer im Zusammenhang mit den Leistungen nach diesem Vertrag weder verlangen noch annehmen.

- (3) Auf den einzelnen Verordnungsblättern sind auf der Vorderseite alle gesetzlich und vertraglich notwendigen Angaben zur Preisfeststellung zu machen. Soweit der Einkaufspreis von vertragsgegenständlichen Produkten nicht im ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist oder soweit in Absatz 2 kein fester Abrechnungspreis vereinbart ist, ist der Einkaufspreis auf der Vorderseite des Rezepts anzugeben. Bei Verordnung per E-Rezept sind die entsprechenden Angaben im Abgabedatensatz zu machen
- (4) Der Leistungserbringer hat eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung nach §§ 2, 12, 70 und 135a SGB V sicherzustellen. Insbesondere ist stets die wirtschaftlichste Stückelung und bei bloß gattungsmäßiger Verordnung stets das wirtschaftlichste der Gattung entsprechende Produkt abzugeben.
- (5) Die Rechnungen sind unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von 28 Kalendertagen nach vollständigem Rechnungseingang entsprechend § 5 Abs. 1 zu begleichen. Fällt der letzte Tag der Frist 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 die Verrechnung dieser mit der nächstfälligen Zahlung vor, sofern sich diese nicht direkt bei der laufenden Abrechnung in Abzug bringen lassen.

§ 5 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Eine vollständige Rechnungslegung umfasst: - die Papier-Rechnung,
- die elektronische Rechnung (RECP),
 - die Abrechnungsdaten und
 - die Verordnungen
 - die Rechnung im PDF-Format (SERA) gemäß Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 in Verbindung mit der technischen Anlage 3

- (2) Die Rechnungen und alle zugehörigen Dokumente sind gemäß der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e.V. (DAV) über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einschließlich der technischen Anlagen zu erstellen und müssen deren Vorgaben erfüllen.

Ergänzend gilt:

- a) Der Leistungserbringer darf nur Verordnungsblätter abrechnen, die er in den dafür vorgesehenen Feldern mit den geforderten Angaben Anlage 1 und 2 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V versehen hat.
- b) Es ist die zum Zeitpunkt der Abgabe gültige Pharmazentralnummer (PZN) des tatsächlich abgegebenen Produktes aufzutragen. Die Verwendung von Sonderkennzeichen gemäß Technischer Anlage 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V („Sammel-PZN“) ist nur zulässig, wenn für das Produkt im ABDA-Artikelstamm kein reguläres Kennzeichen aufgeführt ist.

Wird ein Produkt vor dem Termin seiner Listung im ABDA-Artikelstamm vom Hersteller in den Markt gebracht und vom Leistungserbringer abgegeben, wird die Verordnung zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung erst ab dem Tag der Listung im ABDA-Artikelstamm bedruckt; das tatsächliche Abgabedatum im Sinne des Buchstabens d) ist in diesem Ausnahmefall zusätzlich auf der Verordnung zu vermerken.

- c) Es ist das gültige Institutionskennzeichen des Leistungserbringers nach § 293 SGB V zu verwenden.
 - d) Das Abgabedatum ist der Tag der Abgabe der verordneten Produkte.
 - e) Der Leistungserbringer hat die von ihm nach diesem Vertrag durchzuführenden Ergänzungen, Änderungen und Vermerke auf der Vorderseite der Verordnung anzubringen.
 - f) Werden Verordnungsblätter entgegen den Bestimmungen dieses Absatzes abgerechnet, ist die AOK berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungen (ggf. zuzüglich Taxkorrekturen) um 5 Euro je Packung zu kürzen, jedoch höchstens um 10% des Gesamtbruttobetrages je Verordnungsblatt. Davon abweichend darf sich bei Fehlern, die nur eine Rezeptzeile betreffen, die Kürzung nur auf diese Rezeptzeile beziehen. Eine Korrektur von bereits abgerechneten Verordnungen durch den Leistungserbringer berührt nicht die Wirksamkeit solcher Kürzungen.
- (3) Die Abrechnung ist nur mit dem vom Leistungserbringer der AOK 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.
- (4) Ab dem Zeitpunkt der verpflichtenden Verwendung des e-Rezepts, sind für die Abrechnung die Vorgaben gemäß der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 in Verbindung mit der technischen Anlage 7 und deren Anhänge zwingend einzuhalten.

§ 6 Konkrete Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Der Leistungserbringer rechnet grundsätzlich spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit der AOK oder den von dieser benannten Stellen ab. Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 um bis zu zwölf Monate befreit die AOK nicht von ihrer Zahlungspflicht. Werden jedoch Verordnungen mehr als einen Monat nach Ablauf der Frist nach Satz 1 abgerechnet, ist die AOK berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungsblätter (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 Euro je Packung zu kürzen, es sei denn, der Leistungserbringer hat die Fristüberschreitung nicht zu vertreten; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 7 Abs. 6 sind ausgeschlossen. Nach Ablauf der Frist nach Satz 2 sind Abrechnungen oder sonstige Nachforderungen ausgeschlossen, es sei denn, der Leistungserbringer hat das Fristversäumnis nicht zu vertreten. Versäumnisse des beauftragten Abrechnungsdienstleisters muss sich der Leistungserbringer zurechnen lassen.
- (2) Pro Kalendermonat kann eine Abrechnung erfolgen. Reicht der Leistungserbringer mehrere Abrechnungen innerhalb eines Kalendermonats ein, ist die AOK Bayern ab der zweiten Rechnung berechtigt, einen pauschalen Abzug von 5% vorzunehmen, es sei denn, der Leistungserbringer hat dies nicht zu vertreten. Versäumnisse des beauftragten Abrechnungsdienstleisters muss sich der Leistungserbringer zurechnen lassen.
- (3) Die Rechnung weist, soweit zutreffend, die gesetzlichen Abschläge aus und ist nach den Statusgruppen gemäß Abschnitt 8.2.1 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung unterteilt.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) Die Kosten der Abrechnung insbesondere des Abrechnungsdienstleisters trägt der Leistungserbringer.
- (7) 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 die dazugehörigen Images nach Technischer Anlage 4 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V.
- (8) 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. Bruttobetrag je verordnetem Mittel
 - d. Gesamt-Brutto (nach Buchstabe c.)
 - e. (Gesamt-)Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
 - f. Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Vertrag über die Versorgung mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung (§ 31 Abs. 1a SGB V) im Sinne der Anlage Va und Medizinprodukten mit Verbandmittelcharakter nach Anlage V der Arzneimittelrichtlinie

g. Abgabedatum

h. Beleg-Nummer des Ordnungsblattes nach der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V

Zudem sind, insofern abweichend von den o. g. Regelungen abgerechnet wird, die Bestimmungen des § 303 Abs. 3 SGB V zu berücksichtigen.

- (9) Dem Ordnungsblatt 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 aufzubewahren. Auf Verlangen sind diese Unterlagen der AOK zu übermitteln. Auf der Vorderseite der Verordnung ist ein Vermerk über den Verbleib der Unterlagen beim Leistungserbringer aufzubringen

§ 7 Prüfung und Beanstandung der Rechnungsstellung

- (1) Beanstandungen aufgrund der Prüfung der Rechnungen und rechnungsbegründenden Unterlagen gemäß § 4 Abs. 7 müssen von der AOK gegenüber dem Leistungserbringer innerhalb von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats geltend gemacht werden, in dem die Abrechnung erfolgte. Sofern für einzelne Verordnungen 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.
- (2) In Zusammenhang mit der Beanstandung nach Abs. 1 ist dem Leistungserbringer von der AOK eine Begründung der Beanstandung zuzusenden. Bei Vollabsetzung von Irrläuferrezepten sind die Ordnungsblätter im Original beizufügen.
- (3) Der Leistungserbringer kann innerhalb von drei 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.
- (4) Die Prüfung des Einspruchs gegen eine Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei 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.
- (5) 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) Wenn ein Leistungserbringer gröblich und schuldhaft gegen wesentliche Bestimmungen dieses Vertrages, insbesondere die Regelungen zur Abrechnung und zum ordnungsgemäßen Umgang mit den zu liefernden Produkten verstößt oder Mitteilungspflichten verletzt, kann ihn die AOK mit einer Vertragsstrafe bis zur Höhe von 10.000€ belegen. Diese wird von der AOK unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien, festgesetzt und kann im Streitfall über die Angemessenheit vom zuständigen Gericht überprüft werden. Die AOK hat einen festgestellten Verstoß unverzüglich und substantiiert dem Leistungserbringer anzuzeigen. Der Leistungserbringer hat danach Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor eine Vertragsstrafe festgesetzt wird. Eine Vertragsstrafe erfolgt nach den vorstehenden Sätzen zusätzlich zu aus den gleichen

Vertrag über die Versorgung mit patientenindividuell verordneten Verbandmitteln und sonstigen Produkten der Wundbehandlung (§ 31 Abs. 1a SGB V) im Sinne der Anlage Va und Medizinprodukten mit Verbandmittelcharakter nach Anlage V der Arzneimittelrichtlinie

Gründen bestehenden Schadensersatzansprüchen; diese bleiben durch die Verhängung einer Vertragsstrafe unberührt

§ 8 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit entsprechend Art. 32 EU-DSGVO und insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, tritt an ihre Stelle diejenige Regelung, die der unwirksamen am nächsten kommt und die die Vertragsparteien bei Kenntnis der Unwirksamkeit mutmaßlich geschlossen hätten. Der Vertrag insgesamt bleibt in jedem Fall wirksam.

§ 10 Laufzeit und Kündigung

- (1) Ein Abschluss dieses Vertrags zwischen dem Leistungserbringer und der AOK Bayern ist frühestens mit Wirkung zum 01.02.2026 möglich. Der individuelle Vertragsbeginn richtet

sich – in Abhängigkeit vom Eingang der Vertragsunterlagen bei der AOK Bayern – nach der Verfahrensbedingungen zum Open-House-Verfahren Verbandmittel, welche im deutschen Vergabeportal abrufbar sind. Ein rückwirkender Vertragsbeginn (vor Eingang der Unterlagen) ist ausgeschlossen.

- (2) Dieser Vertrag beginnt am _____ (Datum wird von der AOK Bayern gemäß Abs. 1 Satz 2 eingetragen).
- (3) Der Vertrag endet am 31.01.2030
- (4) Der teilnehmende Leistungserbringer kann seine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen
- (5) Die AOK kann den Vertrag einheitlich gegenüber allen teilnehmenden Leistungserbringern mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende kündigen. Mögliche Gründe sind insbesondere Rechtsänderungen oder gerichtliche oder behördliche Entscheidungen, die den Vertrag unzulässig werden lassen oder seinen Vollzug hindern.
- (6) Das Recht der AOK zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund gegenüber einzelnen Leistungserbringern bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn der Leistungserbringer schwerwiegend oder wiederholt gegen § 128 Abs. 1 oder 2 i. V. m. Abs. 6 SGB V verstoßen hat. Im Falle einer Kündigung aus wichtigem Grund ist es dem Leistungserbringer verwehrt, den Vertrag vor Ablauf von zwei Jahren ab Wirksamwerden der Kündigung erneut zu schließen.

Leistungserbringer Bezeichnung

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

IK

Anschrift, Stempel

Unterschrift

Anlage 1 – Verordnungen im Rahmen des Krankenhausentlassmanagements

§ 1 Arzneiverordnungsblatt

Eine Verordnung gilt als Entlassverordnung, wenn die Verordnung 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 Praxisnetz-nummern 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 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.

Anlage 2 - Zuverlässigkeitsklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass über das Vermögen unseres Unternehmens kein Insolvenz- oder vergleichbares Verfahren eröffnet ist und die Eröffnung auch weder beantragt noch mangels Masse abgelehnt wurde.

Wir erklären, dass sich unser Unternehmen nicht in der Liquidation befindet.

Wir erklären, dass weder das Unternehmen noch eine für dessen Leistung verantwortliche Persona eine schwere Verfehlung begangen haben, die die Zuverlässigkeit infrage stellt.

Wir versichern, unsere umwelt-, sozial- und arbeitsrechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen.

Wir versichern, dass unser Unternehmen seine Pflichten zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie zur Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) ordnungsgemäß erfüllt hat.

Wir versichern, keine wettbewerbswidrigen und/oder gegen § 128 SGB V verstoßenden Abreden getroffen zu haben.

Außerdem erklären wir, dass unser Unternehmen nicht:

- a) russische(r) Staatsangehörige(r) oder eine in Russland niedergelassene natürliche oder juristische Person, Organisation oder Einrichtung ist,
- b) eine juristische Person, Organisation oder Einrichtung ist, deren Anteile zu über 50% unmittelbar oder mittelbar von einer der unter Buchstabe a genannten Organisationen gehalten werden, oder
- c) eine natürliche oder juristische Person, Organisation oder Einrichtung ist, die im Namen oder auf Anweisung einer der unter Buchstabe a oder b genannten Organisationen handelt,
- d) Kapazitäten von Unterauftragnehmern, Lieferanten oder Unternehmen in Anspruch nimmt, auf die mehr als 10% des Auftragswerts entfällt, soweit diese Unterauftragnehmer, Lieferanten oder Unternehmen ihrerseits unter Buchstabe a bis c fallen.

Weiter erklären wir, dass wir der AOK Bayern unverzüglich Mitteilung machen werden,

- (1) sobald und soweit einer der vorstehend unter den Buchstaben a) bis d) genannten Tatbestände aufgrund einer Änderung der Umstände nach Abgabe dieser Eigenerklärung auf uns zutrifft und/oder
- (2) sobald und soweit wir zukünftig von „Russlandsanktionen“, insbesondere solchen nach der VO (EU) Nr. 833/2014 (auch in zukünftigen Fassungen), betroffen sein sollten.

☐ Es handelt sich bei unserem Unternehmen um ein Kleinunternehmen, ein kleines Unternehmen oder ein mittleres Unternehmen (bitte ankreuzen falls eine Variante zutrifft)

Datum

Unterschrift, Firmenstempel