Rahmenvertrag

gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Erbringung und Vergütung von Heilmitteln

zwischen

dem BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE),

dem Verband der Diätassistenten, Deutscher Bundesverband e. V. (VDD),

der Deutschen Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB),

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

einerseits

sowie

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),

der KNAPPSCHAFT,

dem BKK Landesverband Mitte

und dem BKK Landesverband NORDWEST

andererseits

Präambel

Die Vertragspartner vereinbaren diesen Rahmenvertrag mit dem Ziel, eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit ambulanter Ernährungstherapie für Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose zu gewährleisten.

Die Vertragspartner verpflichten sich, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Umsetzung des Rahmenvertrages Sorge zu tragen.

§ 1 Allgemeine Grundsätze

(1) Dieser Vertrag soll eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung mit ambulanter Ernährungstherapie unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sicherstellen.

(2) Dieser Vertrag gilt für die Versorgung der Versicherten der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als LKK und der Knappschaft im gesamten Bundesgebiet. Für die Versicherten der Betriebskrankenkassen gilt der Vertrag in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt sowie Thüringen. Der Vertrag gilt darüber hinaus für zugelassene Leistungserbringer, die die Anerkenntniserklärung gemäß § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V unterzeichnet haben.

(3) Die Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V mit allen Anlagen ist in jeweils geltender Fassung Bestandteil dieses Vertrages (Anlage 2). Die Zulassungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Absatz 4 SGB V sowie die Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V sind in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen *(§ 1 Abs. 3 der Rahmenempfehlung)*.

(4) Soweit in der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V oder den Richtlinien nach § 302 SGB V eine Konkretisierung durch den Vertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vorgesehen ist, oder weitere, dort nicht enthaltene Regelungen zu treffen sind, wird dies in den nachfolgenden Paragrafen bestimmt.

(5) Bei der Versorgung mit ambulanter Ernährungstherapie sind vorhandene religiöse Hintergründe bzw. deren Anforderungen zu beachten.

§ 2 Organisatorische Voraussetzungen

(1) Aus der Einbindung der Leistungserbringer von Heilmitteln in den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen (§ 2 Abs. 2 SGB V) ergibt sich, dass eine Zulassung nur erteilt werden kann, wenn die jeweilige Tätigkeit des Zugelassenen/der fachlichen Leitung auf die Abgabe des Heilmittels Ernährungstherapie gemäß der HeilM-RL ausgerichtet ist. Die Heilmittelpraxis soll an mindestens vier Tagen je Woche und für mindestens 30 Stunden je Woche erreichbar sein. In diesem Zeitraum besteht keine durchgehende Präsenzpflicht in der Praxis. Eine telefonische Erreichbarkeit des Zugelassenen/fachlichen Leiters für die Patienten muss jedoch sichergestellt werden.

(2) Für einen Zeitraum von insgesamt acht Wochen je Kalenderjahr kann die Praxis aufgrund von Urlaub, Krankheit oder zur Durchführung von Fortbildungen geschlossen werden.

(3) Bei Zeiträumen, die acht Wochen überschreiten, kann der Zugelassene/die fachliche Leitung bis zu sechs Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub, Fortbildung sowie bei Schwangerschaft, Mutterschaft/Elternzeit entsprechend der Dauer des Mut-

terschutzgesetzes (MuSchG) / der Elternzeit nach dem MuSchuG / Bundeselternzeitgesetz (BEEG) in der Praxis durch gemäß den Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V qualifizierten MitarbeiterInnen vertreten werden. Der Heilmittelerbringer hat den zulassenden Stellen die Personalien der vertretenden Person und die voraussichtliche Dauer mindestens vier Wochen vor Beginn mitzuteilen.

(4) Vertretungen für länger als sechs Monate bedürfen der Genehmigung durch die Vertragspartner und sind vom Heilmittelerbringer möglichst im Voraus zu beantragen.

(5) Bei einer Praxisbegehung entsprechend § 19 Absatz 3 der Rahmenempfehlung kann auf Wunsch des Leistungserbringers der Berufsverband hinzugezogen werden. Der kassenseitige Vertragspartner soll eine Praxisbegehung mindestens 14 Kalendertage vorher ankündigen.

§ 3 Zulassung und Fortbildung

(1) Voraussetzung für die Abgabe ernährungstherapeutischer Leistungen ist eine Zulassung auf der Basis des § 124 SGB V. Die Zulassung ist bei den zuständigen Stellen zu beantragen. Nähere Informationen hierzu sind einem Informationsblatt zu entnehmen, das den Leistungserbringern von den Vertragspartnern auf Kassenseite zusammen mit dem Vertrag zur Verfügung gestellt wird.

(2) Jeder zugelassene Leistungserbringer hat sich regelmäßig fortzubilden (Näheres siehe Anlage 2). Die Prüfung der Fortbildung obliegt den jeweiligen Krankenkassen oder deren Verbänden. Abweichend hiervon gilt für die LKK und die Knappschaft Folgendes: soweit die Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung (§ 125 Abs. 2 SGB V) der nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer vom Verband der Ersatzkassen umgesetzt wird, erfolgt diese Überprüfung auch im Namen der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als LKK und der Knappschaft. Wird mit dem Verband der Ersatzkassen ein abweichender Betrachtungszeitraum vereinbart, gilt dieser auch im Verhältnis zu der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als LKK und der Knappschaft als vereinbart.

(3) Für den Vergütungsabschlag bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht gilt Ziffer 11 der Anlage 2 der Empfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V als vereinbart.

§ 4 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(1) Heilmittelerbringer sowie Vertragsärzte, Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen haben die Regelungen der §§ 128 Absätze 2, 5, 5a und 5b SGB V zu beachten. Unzulässig ist insbesondere eine Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer durch Ärzte oder die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung der Leistung oder der Verordnung gegen Entgelt oder geldwerten Vorteilen durch Leistungserbringer.

(2) Bei Verstößen gegen die Regelungen des § 128 Abs. 2 SGB V finden § 23 Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 der Rahmenempfehlung Anwendung. Bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen werden Leistungserbringer für die Dauer von bis zu 2 Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen (§ 128 Abs. 3 SGB V).

§ 5 Vergütung der Leistung, Empfangsbestätigung, Zuzahlung

(1) Für die Vergütung der Vertragsleistungen gelten die in Anlage 1 vereinbarten Höchstpreise. Die Anlage ist Bestandteil dieses Vertrages. Mit diesen Höchstpreisen sind sämtliche Vertragsleistungen abgegolten. Neben der gesetzlichen Zuzahlung dürfen weitere Zahlungen vom Versicherten nicht gefordert werden. Soweit der Leistungserbringer für die erbrachten Leistungen umsatzsteuerpflichtig ist, ist diese in den vereinbarten Preisen bereits enthalten und somit nicht zusätzlich berechnungsfähig.

(2) Die nach § 32 Abs. 2 SGB V gesetzlich vorgesehene Zuzahlung ist vom Leistungserbringer einzuziehen und bei der Abrechnung in Abzug zu bringen. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die gesetzliche Zuzahlung. Der Versicherte hat eine Befreiung von Zuzahlungen durch Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises nachzuweisen.

§ 6 Abrechnungsregelungen

(1) Eine Heilmittelverordnung kann erst dann abgerechnet werden, wenn alle auf der Heilmittelverordnung verordneten Behandlungen erbracht wurden. Ausnahmen sind möglich, wenn die Leistungen nicht vollständig erbracht werden können (z. B. bei Therapieabbruch oder Tod).

(2) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen. Die Frist für die Bezahlung der Rechnungen auf Basis der maschinell verwertbaren Daten beginnt mit Eingang aller Abrechnungsunterlagen bei der Krankenkasse *(§ 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 SGB V)*. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.

(3) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf von 12 Kalendermonaten nach Behandlungsende der Verordnung nicht mehr erhoben werden.

(4) Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Kalendermonaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können mit der nächsten Abrechnung aufgerechnet werden. Rückforderungen nach Ablauf von 12 Kalendermonaten können nur mit dem Einverständnis des Zugelassenen aufgerechnet werden, es sei denn, es liegt ein Vertragsverstoß des Zugelassenen vor.

(5) Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, werden die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung gestellt (§ 303 Abs. 3 S. 2 SGB V). Als nicht

maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten auch im Wege elektronischer Datenübermittlung übermittelte Daten (insbesondere Preislistennummer, Positionsnummern und Preise), die nicht den Vereinbarungen in den Anlagen entsprechen.

(6) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine schriftliche Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den gegenüber der Krankenkasse angezeigten schriftlichen Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haftet der Leistungserbringer der Krankenkasse im selben Umfang wie die Abrechnungsstelle. Forderungen der Krankenkasse gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle aufgerechnet werden.

§ 7 Inkrafttreten/Kündigung

(1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 1. Januar 2018 in Kraft. Für alle in diesem Vertrag und den Anlagen geregelten Leistungen gilt ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens ausschließlich dieser Vertrag.

(2) Der Rahmenvertrag kann innerhalb einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2019, gekündigt werden. Bis zum Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages gilt der bisherige Rahmenvertrag weiter.

(3) Eine Kündigung des Rahmenvertrages lässt die zu diesem Zeitpunkt geltenden Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) unberührt. Für die Kündigung der Vergütungsvereinbarung gilt die dort vereinbarte Frist.

(4) Die Kündigung durch einen Vertragspartner lässt die Wirksamkeit dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner unberührt.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

§ 9 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

Anlage 1 Vergütungsvereinbarung
Anlage 2 Rahmenempfehlung

22.02.2018

BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

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

Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungs-Therapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)

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

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als LKK

Die Geschäftsführung
I.A.

KNAPPSCHAFT

BKK Landesverband Mitte

BKK Landesverband NORDWEST