

**Ergänzungsvertrag zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach
§ 129 SGB V in Baden-Württemberg
(Arzneiversorgungsvertrag – AVV)**

**in der Fassung vom 01.04.2015, geändert mit Wirkung zum 01.01.2021 und zum
01.01.2025**

zwischen

dem **Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.**
(nachfolgend „LAV“ genannt)

- einerseits -

und der **AOK Baden-Württemberg,**
und der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**
als landwirtschaftliche Krankenkasse
(nachfolgend „Krankenkassen“ genannt)

- andererseits -

INHALTSÜBERSICHT

Erster Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Gegenstand des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Abgabebestimmungen.....	4
§ 4 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsausschuss	6
§ 5 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	7
§ 6 Allgemeine Zusammenarbeit	7

Zweiter Abschnitt: Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln

§ 7 Auswahl preisgünstiger Arzneimittel	8
§ 8 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung	8
§ 9 Importarzneimittel	10
§ 10 Preisvereinbarungen	10

Dritter Abschnitt: Abrechnung und Datenübermittlung

§ 11 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung	11
§ 12 Rechnungslegung.....	11
§ 13 Rechnungsbegleichung	12
§ 14 Datenübermittlung	13
§ 15 Zusatzvereinbarung über die zentrale Abrechnung der Verordnungen in Verbindung mit der Datenaufbereitung und Datenübermittlung	13
§ 16 Kostenregelungen	14
§ 17 Rechnungsprüfung / Beanstandungen.....	14

Vierter Abschnitt: Schlussbestimmungen

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung	17
§ 19 Salvatorische Klausel	17

Anlagen

Anlage 1: Abrechnung durch Apothekenrechenzentren.....	19
Anlage 2: Übergangsvereinbarung zum E-Rezept.....	21
Anlage 3: Geschäftsordnung über den Ablauf des Verfahrens im Vertragsausschuss.....	22
Anlage 4: Bagatellgrenze	26
Anlage 5.1: Vertragspreise - Verbandstoffe	27
Anlage 5.2: Vertragspreise – Medizinprodukte mit Arzneimittelcharakter, Fluorid-Tabletten	28
Anlage 5.3: Vertragspreise - Ernährungstherapeutika	29
Anlage 5.4: Vertragspreise – Blutzuckerteststreifen	30
Anlage 5.5: Vertragspreise – CoaguChek und andere Blutkoagulations- Teststreifen	32
Anlage 5.6: Vertragspreise – Sonstige Harn- und Blutteststreifen	33
Anlage 5.7: Vertragspreise – Methadontabletten-Einzeldosen.....	34
Anlage 5.8: Rekonstitution Risdiplam (Evrysdi ®).....	35
Abkürzungsverzeichnis.....	36

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Gegenstand des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt ergänzend zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V

1. die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Versicherten der Krankenkassen (nachfolgend „Versicherte“ genannt) mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln,

2. die Versorgung der Versicherten mit

- a. Arzneimitteln, die von Ziffer 1 nicht erfasst sind,
- b. Verbandmitteln,
- c. Medizinprodukten mit Arzneimittelcharakter,
- d. Harn- und Blutteststreifen und
- e. bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung

aufgrund vertragsärztlicher oder vertragszahnärztlicher Verordnungen.

Ausgenommen ist die Abgabe im Sprechstundenbedarf. Diese richtet sich nach den gesonderten Regelungen des Vertrags über die Versorgung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs in Apotheken (ALV-SSB).

(2) Weitere pharmazeutische Leistungen werden ggfs. in Anlagen oder in gesonderten Verträgen geregelt.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die vertragsschließenden Krankenkassen in Baden-Württemberg.

(2) Der Vertrag einschließlich aller Anlagen, Protokollnotizen sowie aller Nachträge bzw. Nachfolgeverträge hat Rechtswirkung für öffentliche Apotheken, deren Leiterinnen / Leiter dem LAV angehören. Der LAV gibt den Krankenkassen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages sowie jeweils zu Jahresbeginn seinen aktuellen Mitgliederbestand bekannt und meldet dessen Veränderungen jeweils zum Ende eines Monats in elektronischer Form.

(3) Öffentliche Apotheken, deren Leiterin / Leiter nicht dem LAV angehören, sind von der Lieferung ausgeschlossen, es sei denn, sie treten diesem Vertrag mit

allen seinen Anlagen bei. Der Beitritt ist gegenüber der AOK¹ in schriftlicher Form zu erklären nebst der Verpflichtung, die Vertragsinhalte in ihrer jeweils aktuellen Fassung uneingeschränkt anzuerkennen.

§ 3 Abgabebestimmungen

- (1) Es finden die zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages nach § 87 SGB V vereinbarten Verordnungsblätter (Muster 16), die elektronischen Verordnungen (Muster e16a) sowie die BtM-Formulare (auch in elektronischer Form) gemäß § 8 BtMVV in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend „Verordnungsblatt“ genannt) Anwendung. Bei Änderung der Verordnungsblätter verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich. Der Begriff Verordnung wird sowohl für die Verordnung auf Papier als auch die elektronische verwendet, soweit nicht ausdrücklich zwischen beiden Verordnungswegen differenziert wird
- (2) Die Apothekerin / der Apotheker berät die Versicherten im sachgerechten Umgang mit den verordneten Mitteln gemäß § 20 ApBetrO.
- (3) Es dürfen nur ordnungsgemäß ausgestellte Verordnungen nach den Regelungen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V beliefert werden.
- (4) Papiergebundene Verordnungen von Rezepturen, die wegen der Menge oder der Art der in ihnen enthaltenen Bestandteile auch bei kleiner Schrift nicht vollständig ins ärztliche Verordnungsfeld auf dem Verordnungsblatt eingetragen werden können, dürfen beliefert werden, sofern die vollständige Verordnung auf einem Beiblatt zum Verordnungsblatt von der Vertragsärztin / von dem Vertragsarzt aufgeführt ist. Auf der Vorderseite des Verordnungsblattes ist von der Apothekerin / von dem Apotheker der Vermerk: "**§ 3 Abs. 4 AVV**" aufzubringen. Das Beiblatt ist in der Apotheke mindestens 13 Monate aufzubewahren und der leistungspflichtigen Krankenkasse auf Verlangen zuzuschicken.
- (5) Ist weder das Feld "Gebühr frei" noch das Feld "Gebühr pflichtig" auf der papiergebundenen Verordnung angekreuzt oder sind beide Felder angekreuzt, muss die Verordnung als gebührenpflichtig behandelt werden. Eine von der Vertragsärztin / von dem Vertragsarzt nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf von der Apotheke nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn die / der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der Krankenkasse über die Befreiung von der Arzneimittelzuzahlung nach § 61 SGB V vorlegt oder wenn sie / er ausweislich der Versichertendaten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Apothekerin / der Apotheker hat in diesen Fällen unter Angabe ihres /

¹ AOK Baden-Württemberg
Geschäftsbereich 8.08
Presselstraße 19
70191 Stuttgart

seines Namenszeichens das Feld "Gebühr frei" anzukreuzen und ggfs. das Feld "Gebühr pflichtig" zu korrigieren und im Verordnungsfeld ggfs. den Vermerk "**Befreiungsausweis vom vorgelegt**" handschriftlich zu vermerken. Bei elektronischen Verordnungen ist das Feld Zuzahlung im Verordnungsdatensatz maßgeblich, Änderungen müssen von der Apotheke im e-Abgabedatensatz dokumentiert werden.

Die Apotheken sind zur Nachprüfung der Zugehörigkeit der / des Versicherten zu dem auf der Verordnung angegebenen Kostenträger nicht verpflichtet, der angegebene Kostenträger ist zur Zahlung verpflichtet. Forderungen des angegebenen Kostenträgers gegenüber Dritten bleiben hiervon unberührt. Weicht der namentlich angegebene Kostenträger von der angegebenen Kostenträgerkennung ab, so ist die Kostenträgerkennung maßgeblich. Hat die Vertragsärztin / der Vertragsarzt die unter Verwendung der elektronischen Krankenversicherungskarte aufgedruckte Bezeichnung des Kostenträgers handschriftlich zu Lasten der Berufsgenossenschaft abgeändert, ohne die Kostenträgerkennung anzupassen, besteht keine Zahlungspflicht der Krankenkasse. In diesem Fall ist die angegebene Kostenträgerkennung zu streichen oder durch die zutreffende Kostenträgerkennung zu ersetzen. Im Falle von elektronischen Verordnungen ist eine Änderung nicht möglich, ein neues korrigiertes Rezept ist erforderlich.

Bei vertragsärztlichen papiergebundenen Verordnungen die offensichtlich mit einem falschen Verordnungsstatus (Hilfsmittel, Impfstoffe, Sprechstundenbedarf) gekennzeichnet sind, ist die Apothekerin / der Apotheker gehalten, den Verordnungsstatus entsprechend zu korrigieren.

Bei papiergebundenen Verordnungen auf denen Arzneimittel gemeinsam mit Hilfsmitteln verordnet wurden, können nach diesem Vertrag nur Arzneimittel abgerechnet werden. Die nicht belieferten Positionen sind zu streichen und der Verordnungsstatus ggfs. zu korrigieren.

- (6) Die Apotheken sind grundsätzlich nicht zur Überprüfung der Erstattungsfähigkeit verpflichtet.

In nachfolgend genannten Fällen dürfen die verordneten Mittel nicht zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden:

1. Mittel, die nach § 31 Abs. 1 oder nach § 34 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (AM-RL) keine Leistung der GKV sind,
2. ausgeschlossene Arzneimittel nach § 34 Abs. 3 SGB V (sog. Negativliste),
3. Arzneimittel, die gemäß der Packungsgrößenverordnung aufgrund § 34 Abs. 4 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind.

Diese Abgabebeschränkung gilt nicht, sofern es sich um Mittel handelt, die bei bestimmten Indikationsstellungen erstattungsfähig sind.

Maßgebend ist die aktuelle Kennzeichnung im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V zum Zeitpunkt der Abgabe.

Die Krankenkassen teilen dem LAV Eintragungen im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V mit, die sie für fehlerhaft halten. Der LAV prüft dies umgehend. Ist die Eintragung nach übereinstimmender Ansicht fehlerhaft, wirken die Krankenkassen und der LAV gemeinsam auf eine schnelle Korrektur des Eintrages hin.

Einzelimporte nach § 73 AMG, welche nicht nach den oben genannten Ziffern 1. – 3. ausgeschlossen sind, gelten als erstattungsfähig, soweit die Krankenkassen den LAV mit einer Vorlaufzeit von zehn Werktagen nicht anderweitig informieren.

- (8) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
- (9) Die Abgabefrist richtet sich nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V. Die Mittel dürfen grundsätzlich nur abgegeben werden, wenn die Verordnung innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung in der Apotheke vorgelegt wird.
- (10) Werden Fertigarzneimittel in Packungen mit verschieden großem Inhalt in den Verkehr gebracht, so ist die kleinste Packung abzugeben und zu berechnen, sofern die abzugebende Menge nicht in der Verordnung bezeichnet oder gesetzlich bestimmt ist. Die Teilabgabe aus Bündel- oder Anstaltspackungen ist nicht erlaubt.
- (11) Verbandstoffe und Verbandpflaster müssen den Bestimmungen des Arzneibuchs, hilfsweise den vom Deutschen Normausschuss (DNA) herausgegebenen Normblättern, entsprechen (DIN-Qualität).

§ 4 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsausschuss

- (1) Meinungsverschiedenheiten über die Anwendung des AVV einschließlich etwaiger Ergänzungs- oder Zusatzvereinbarungen, Nachträge, Protokollnotizen etc. sowie über die Anwendung gesetzlicher oder gesetzesgleicher Vorschriften werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Krankenkassen und dem LAV möglichst in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.
- (2) Die Vertragspartner bilden einen Vertragsausschuss. Der Vertragsausschuss ist paritätisch besetzt und besteht aus drei Vertretern der Krankenkassen sowie drei Vertretern des LAV.
- (3) Der Vertragsausschuss klärt Zweifelsfragen aus diesem Vertrag. Die Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten zwischen einer Krankenkasse und einer Apotheke obliegt, soweit diese nicht auf örtlicher Ebene bereinigt werden können, dem Vertragsausschuss.
- (4) Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses zählt außerdem die Klärung von Problemfällen bei der Taxkontrolle im vertraglich festgelegten Umfang. Die

vertragsschließenden Parteien wirken bei der Klärung solcher Problemfälle partnerschaftlich zusammen.

- (5) Die Vertragspartner können dem Vertragsausschuss auch andere Aufgaben zuweisen.
- (6) Der Vertragsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung, die diesem Vertrag als Anlage 3 beigefügt ist.
- (7) Die vorherige Anrufung des Vertragsausschusses stellt keine Voraussetzung für die zulässige Einleitung eines gerichtlichen Klageverfahrens dar.

§ 5 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Es gilt § 27 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V.

§ 6 Allgemeine Zusammenarbeit

- (1) Die vertragsschließenden Parteien wirken bei der Umsetzung dieses Vertrages vertrauensvoll und partnerschaftlich zusammen.
- (2) Vorbehaltlich gesetzlicher Regelungen steht den Versicherten die Wahl unter den Apotheken / Lieferanten frei. Versicherte und Vertragsärzte dürfen weder von den Apotheken zu Lasten der Krankenkasse noch von den Krankenkassen zugunsten bestimmter Apotheken / Lieferanten beeinflusst werden; dies gilt auch im Hinblick auf eine Beeinflussung von Versicherten, sich bestimmte Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen verordnen zu lassen. Hiervon unberührt bleiben gesetzliche Informationsrechte der Krankenkassen.
- (3) Ausgenommen aufgrund gesetzlicher Grundlagen sind die Krankenkassen nicht zur Selbstabgabe berechtigt.
- (4) Zeichnen sich bei einzelnen Arzneimitteln oder Impfstoffen Versorgungsengpässe ab, erarbeiten die Vertragsparteien konstruktive Lösungsansätze zur Aufrechterhaltung einer optimalen Versorgungslage.
- (5) Die Möglichkeit einer Beteiligung des LAV an Ausschreibungen richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften.
- (6) Die Apotheke darf die ihr mit den Verordnungen offenbarten personenbezogenen Daten nur in dem datenschutzrechtlich zulässigen Umfang verwenden.

ZWEITER ABSCHNITT
Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln

§ 7 Auswahl preisgünstiger Arzneimittel

Hinsichtlich der Verpflichtung der Apothekerin / des Apothekers zur Abgabe preisgünstiger Arzneimittel oder Importe (§ 129 Abs. 1 SGB V) wird auf die entsprechenden Regelungen im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem DAV verwiesen.

§ 8 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung

- (1) Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 AMG den Apotheken vorbehalten ist, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Für die Preisberechnung ist der für den Tag der Abgabe aufgeführte Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V maßgebend.
- (2) Falls der Apothekeneinkaufspreis bzw. der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nicht im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V / ABDATA-Artikelstamm aufgeführt ist, muss dieser auf der Vorderseite der papiergebundenen Verordnung oder im e-Abgabedatensatz vermerkt werden. Zusätzlich muss bei Direktbezug der Name der Lieferfirma (Hersteller) angegeben werden. Der Apothekeneinkaufspreis ist auf Nachfrage der Krankenkasse mit den Rechnungsbelegen nachzuweisen.
- (3) Für die Preisberechnung der gelieferten Arzneimittel, welche die Apothekerin / der Apotheker hergestellt bzw. zur Abgabe hergerichtet hat, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Für den zu berechnenden Preis ist der Tag der Abgabe des Arzneimittels maßgeblich.
- (4) Für die Preisberechnung der Arzneimittel nach § 47 Abs. 1 und Einzelimporte nach § 73 AMG und bei der Verordnung anderer Mittel sind die Bestimmungen der AMPPreisV entsprechend anzuwenden, soweit für die Mittel nicht besondere Preise in den Anlagen zu § 10 vereinbart sind. Für importierte erstattungsfähige apothekenpflichtige Arzneimittel gilt die AMPPreisV alt (Stand 31.12.2003).
- (5) Ist für ein Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt und ist der maßgebliche Apothekenabgabepreis höher als der für dieses Arzneimittel festgesetzte Festbetrag, ist der Krankenkasse nur der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Die Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis trägt die / der Versicherte. Bei Arzneimitteln mit einem maßgeblichen Apothekenabgabepreis über dem Festbetrag, zu denen ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V zum Ausgleich der Mehrkosten über dem Festbetrag besteht, sowie im Fall von § 129 Abs. 4c SGB V, ist gegenüber der Krankenkasse der Apothekenabgabepreis abzurechnen. Zur Abrechnung

gelten die Regelungen der TA3 sowie der TA7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

Für ein von der / dem Versicherten verlangtes Arzneimittel (Wunscharzneimittel) gilt § 15 des Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V.

- (6) Ist die verordnete Menge geringer als der Inhalt der kleinsten Packung, so ist die Apothekerin / der Apotheker berechtigt, die kleinste im Handel befindliche Packung zu berechnen.
- (7) Bei ausdrücklicher Verordnung eines Anbruchs eines Fertigarzneimittels erfolgt die Preisberechnung gemäß § 4 AMPPreisV, maximal der Preis der nächstgrößeren benötigten Originalpackung.
- (8) Wenn die einzelnen Berechnungsschritte einer Rezeptur aus Platzgründen nicht auf die Vorderseite der papiergebundenen Verordnung aufgebracht werden können, dann sind diese auf einem gesonderten Beiblatt aufzuführen. Auf der Vorderseite des Verordnungsblattes ist der Vermerk: „**§ 8 Abs. 8 AVV**“ aufzubringen. Das Beiblatt ist in der Apotheke aufzubewahren (mindestens 13 Monate) und der leistungspflichtigen Krankenkasse auf Verlangen zuzuschicken.
- (9) Nicht verschreibungspflichtige Rezepturen, die zu Lasten der Krankenkasse abgegeben werden dürfen, und Rezepturen, die nicht von der abgebenden Apotheke selbst hergestellt werden (Auftragsrezepturen), sind nach § 5 der AMPPreisV bzw. gemäß der Vereinbarung nach § 5 Abs. 4 und 5 der AMPPreisV (Hilfsteuer) zu berechnen. Die Regelungen in § 9 Nr. 2 der AMPPreisV sind zu beachten.

Hyposensibilisierungslösungen fallen nicht hierunter, sondern sind analog den Fertigarzneimitteln abzurechnen.

- (10) Unvermeidbare Porti, Zölle und andere von Vorlieferanten in Rechnung gestellte Kosten der Beschaffung von Arzneimitteln, die üblicherweise weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden, können die Apotheken gesondert berechnen. Die Kosten sind auf Nachfrage der Krankenkasse mit den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Entsprechendes gilt im Notfall für unvermeidbare Beschaffungskosten im Notdienst.
- (11) Bei Inanspruchnahme der Apotheke im Notdienst in der Zeit von werktags 20 Uhr bis 6 Uhr und Sonn- und Feiertags ganztägig, sowie am 24.12. und 31.12. in der Zeit ab 14 Uhr bis 6 Uhr des folgenden Werktages kann ein zusätzliches Entgelt nach § 6 AMPPreisV berechnet werden, wenn die Vertragsärztin / der Vertragsarzt auf dem Verordnungsblatt "noctu" angekreuzt oder den Vermerk "noctu", "cito" oder einen entsprechenden Hinweis auf der Verordnung angebracht hat oder im Verordnungsdatensatz das Feld „noctu“ gekennzeichnet hat oder wenn die vorgelegte Verordnung am gleichen Tag bzw. Wochenende ausgestellt ist. Fehlt auf der Verordnung dieser Vermerk oder handelt es sich um eine Verordnung, die nicht am gleichen Tag oder Wochenende ausgestellt wurde, so kann die Apothekerin / der Apotheker vom

Überbringer die Entrichtung der Gebühr verlangen. Bei Zahlungsverweigerung wird die Gebühr von der Krankenkasse unter den Bedingungen des § 43c SGB V übernommen. Die Zahlungsverweigerung wird von der Apothekerin / von dem Apotheker auf der Verordnung vermerkt.

- (12) Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach der BtMVV in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen ist, können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag gemäß § 7 AMPreisV einschließlich Umsatzsteuer berechnen.
- (13) Nicht abgeholte Arzneimittel und Verbandstoffe können grundsätzlich nicht berechnet werden. In Rechnung gestellt werden können:
- rezepturmäßig hergestellte Arzneimittel mit dem vollen Preis,
 - selten verordnete Fertigarzneimittel, die besonders beschafft werden mussten und die vom Lieferanten nicht zurückgenommen wurden, mit dem Einkaufspreis und nachgewiesenen Beschaffungskosten zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer und um den anfallenden Apothekenabschlag erhöht.

Die Verordnung ist mit dem Vermerk "**Nicht abgeholt**" zu versehen.

§ 9 Importarzneimittel

Schließt eine Vertragsärztin / ein Vertragsarzt bei Verordnung eines Importarzneimittels durch Kennzeichnung des nec-aut-idem Feldes die Substitution nach § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aus oder wird ein Importarzneimittel unspezifisch verordnet (etwa Arzneimittelbezeichnung mit dem Suffix „Reimport“ oder „Importarzneimittel“), so bleibt die Möglichkeit einer vorrangigen Abgabe einer vertraglich rabattierten Alternative (Bezugsoriginalarzneimittel oder dessen Importarzneimittel) unberührt.

Wünscht die Vertragsärztin / der Vertragsarzt ausdrücklich nicht die Abgabe eines Importarzneimittels, muss dies ausdrücklich auf der Verordnung vermerkt sein.

§ 10 Preisvereinbarungen

- (1) Preisvereinbarungen sind in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.
- (2) Die Anlagen können einzeln von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden, sofern in den Anlagen selbst nichts anderes geregelt ist.
- (3) Bei allen Preisen in den Anlagen nach diesem Vertrag handelt es sich um Nettopreise zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer, soweit sich aus den Vorschriften zur Preisberechnung nichts anderes ergibt oder nichts anderes vereinbart ist. Von den sich danach ergebenden Endpreisen sind keine weiteren Abschläge mehr vorzunehmen.

DRITTER ABSCHNITT
Abrechnung und Datenübermittlung

§ 11 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen des Rahmenvertrags über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V sowie der Vereinbarung nach § 300 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem DAV in der jeweils gültigen Fassung. Ergänzend zu dieser Vereinbarung gelten die Bestimmungen dieses Abschnittes.
- (2) Die Bestimmungen dieses Vertrags gelten ausschließlich für die von diesem Vertrag umfassten Mittel. Andere Produkte sind hiervon getrennt nach den jeweiligen Bestimmungen (z. B. Hilfsmittelliefervertrag) abzurechnen.
- (3) Die Abrechnung erfolgt nach tatsächlicher Abgabe aufgrund ordnungsgemäß nach den Regelungen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V ausgestellter Verordnungen.
- (4) Die Apotheken können zur Abrechnung ihrer Ansprüche mit den Krankenkassen und Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach § 300 Abs. 1 SGB V Rechenzentren nach Maßgabe des § 300 Abs. 2 SGB V in Anspruch nehmen.
- (5) Die Apotheke oder das von ihr beauftragte Rechenzentrum (RZ) teilt den von den Krankenkassen benannten Stellen² Beginn und Ende der Abrechnung durch das RZ mit. Die Abrechnung einer Apotheke über mehrere Rechenzentren ist nicht zulässig.

§ 12 Rechnungslegung

- (1) Die Apotheken rechnen ihre Leistungen , spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit den Krankenkassen oder den von diesen benannten Stellen ab.
- (2) Eine Überschreitung der Frist nach Abs.1 befreit die Krankenkassen nicht von ihrer Zahlungsverpflichtung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Werden einzelne Verordnungen mehr als zwei Monate nach Ablauf dieser Frist nach Abs. 1 abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Abrechnungsbetrag dieser Verordnungen auf den Apothekeneinkaufspreis zuzüglich Umsatzsteuer zu kürzen; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 5 sind ausgeschlossen.

² Für die AOK Baden-Württemberg:
Partnerabrechnung Arzneimittel PA AM
Schorndorfer Straße 32
71332 Waiblingen

Für die Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG):
Arzneimittelabrechnung
Tunnelstraße 29
86156 Augsburg

- (3) Bei einer Überschreitung der Frist nach Abs. 1 um mehr als sechs Monate sind die Krankenkassen berechtigt, den Abrechnungsbetrag ganz oder teilweise zu kürzen, sofern sie nachweisen können, dass ihnen durch den Verzug ein finanzieller Schaden in entsprechender Höhe entstanden ist.
- (4) Die Rechnung besteht aus
- a) einer Abrechnung gemäß den strukturellen Vorgaben der Abschnitte 12.1.1 und 12.3 (Muster) der Technischen Anlage 3 (TA3) der Vereinbarung nach § 300 SGB V (SERA)
 - b) den Rechnungsdaten nach der Technischen Anlage 3 und der Technischen Anlage 7 (TA7) der Vereinbarung nach § 300 SGB V (TA3 - ABRP, RECP; TA7 – FHIR))
 - c) den Images nach der Technischen Anlage 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V der abgerechneten Verordnungsblätter
 - d) den Verordnungsblättern. Diese sind nach Belegnummern in aufsteigender Reihenfolge zu sortieren.

Wenn der über die FHIR- und ABRP-Daten der TA 3 und TA7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V übermittelte SV-Nettobetrag von dem der Sammelrechnung (RECP- und SERA-Daten) abweicht, dann hat die Krankenkasse bis zur Klärung ein Zurückbehaltungsrecht hinsichtlich des Differenzbetrages. Die Fristwahrung nach § 130 Abs. 3 SGB V bleibt hierdurch unberührt.

§ 13 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen der Apotheken oder der von diesen beauftragten externen Rechenzentren werden innerhalb der in § 130 Abs. 3 SGB V genannten Frist von der Krankenkasse beglichen.

Fristbeginn ist der Eingang der Rechnung mit allen Bestandteilen gemäß § 12 Abs. 4 a. und b. dieses Vertrages in Form von den nach den Vorgaben der aktuellen TA3 und TA7 verarbeitbaren Daten (SERA, FHIR, ABRP, RECP) auf dem Server des Kostenträgers oder seines beauftragten Dienstleisters, sofern der Bestandteil c. innerhalb von fünf Werktagen nachgeliefert wird.

Die abgerechneten Verordnungsblätter müssen bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Abrechnung erfolgte, bei den Krankenkassen oder bei den von diesen benannten Stellen eingehen. Hierbei sind alle enthaltenen Verordnungsblätter nach aufsteigender Belegnummer zu sortieren. Auf den Packungseinheiten sind der Name der Apotheke, die Rechnungsnummer, der Kalendermonat sowie die erste und letzte Belegnummer anzugeben

- (2) Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (3) Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich auch später festgestellter Beanstandungen.

- (4) Zahlungen an von der Apotheke beauftragte Rechenzentren erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen dem RZ und der Apothekerin / dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

§ 14 Datenübermittlung

- (1) Die Übermittlung der Daten auf Datenträgern bzw. per Datenfernübertragung nach § 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt bis spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte.
- (2) Nur Datenlieferungen, die den Vorgaben der aktuellen TA3 oder TA7 entsprechen, können technisch an den Server des Kostenträgers oder seines beauftragten Dienstleisters übermittelt werden. Mit der erfolgreichen technischen Übermittlung an den Server des Kostenträgers oder seines beauftragten Dienstleisters gelten die übermittelten Rechnungsdaten nebst allen Bestandteilen gemäß § 12 Abs. 4 a. und b. dieses Vertrages als nach den Vorgaben der TA3 und TA7 konform und abgenommen.
- (3) Bei Fehlern, deren Ursache in einer mangelhaften Erfassungsqualität oder nicht korrekten Abbildung der erfassten Daten (Versichertennummer, Kostenträger-IK, PZN, Faktor, Taxe, Gesamtbruttobetrag, LANR, BSNR, Zuzahlung) begründet sind und mindestens 0,5 % aller durch ein RZ abgerechneten Verordnungsblätter betreffen, können die Daten innerhalb der Frist von vier Wochen nach Datenlieferung beanstandet und eine korrigierte Datenlieferung angefordert werden. Zum Nachweis müssen mindestens 10.000 oder hilfsweise 30% zufällig ausgewählte Verordnungsblätter untersucht werden.

Im Wiederholungsfall können die für die betroffene Rechnung gezahlte Digitalisierungspauschale und die Erfassungskosten zurückgefordert werden.

§ 15 Zusatzvereinbarung über die zentrale Abrechnung der Verordnungen in Verbindung mit der Datenaufbereitung und Datenübermittlung

- (1) Von Apotheken beauftragte Rechenzentren, welche die zentrale Abrechnung der Verordnungen durchführen und die Anforderungen nach Anlage 1 erfüllen, rechnen nach den Bestimmungen dieser Anlage ab. Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten nicht, soweit Anlage 1 abweichende Bestimmungen enthält.
- (2) Krankenkassen können mit Apothekenrechenzentren ergänzende Abrechnungsvereinbarungen schließen. Der LAV ist informativ einzubinden.

§ 16 Kostenregelungen

Leistungen gemäß Anlage 2 § 3 Abs. 7 (Kostenpauschale Erfassung Arztfeld) und Anlage 2 § 4 Abs. 2 (Kostenpauschale Digitalisierung) der Vereinbarung nach § 300 SGB V sind in Anlage 1 geregelt.

§ 17 Rechnungsprüfung / Beanstandungen

- (1) Die bei der Rechnungsprüfung festgestellten rechnerisch und sachlich unrichtig angesetzten Beträge sind von den Krankenkassen innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem die Rechnungsstellung erfolgte, gegenüber den Apotheken geltend zu machen. Der LAV und die vertragsschließenden Krankenkassen vereinbaren dabei einen Mindestbetrag je Retaxationsvorgang (Anlage 4). Hierzu gehören neben den rechnerischen und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten auch Taxdifferenzen und die Summe zurückgegebener Verordnungsblätter, auch von Fremdkassen („Irrläufer“). Die Retaxationen sind aufzuschlüsseln nach Retaxationsarten und Abschlagsarten. Die Prüfung soll sowohl Differenzen zugunsten als auch zuungunsten der Apotheker bzw. der Krankenkassen berücksichtigen. Die gleiche Frist gilt auch für die Nachforderungen der Apotheken an die Krankenkassen.
- (2) Kopien der beanstandeten Verordnungsblätter bzw. deren Print-Images sind der Apothekerin / dem Apotheker unter Angabe der Belegnummer gemäß TA 3 zum Rahmenvertrag nach § 300 SGB V oder einer anderen eindeutigen Kennzeichnung mit einer Begründung der Beanstandung vor der Weiterleitung der Beanstandung an das RZ unaufgefordert von der Krankenkasse zuzustellen. Die Kennzeichnung ist bei jedem Schreiben der Krankenkasse oder der von ihr beauftragten Stelle sowie bei jedem Schreiben der Apothekerin / des Apothekers oder des für ihn tätigen Verbandes, das im Zusammenhang mit der Beanstandung steht, insbesondere bei Berichtigungsmittellungen und bei der Auszahlung von Gutschriften sowie bei der Absetzung von Beträgen anzugeben. Bei der Absetzung der Gesamtsumme der Verordnung wegen fehlgeleiteter Abrechnung („Irrläuferrezepte“) sind die Verordnungsblätter im Original beizufügen.

Bei Beanstandungen von E-Rezepten wird bis zu einer einheitlichen Regelung auf Bundesebene zu den Mindestanforderungen zu Retaxankündigungen übergangsweise neben der Belegnummer und der E-Rezept-ID ein aus Teilen der E-Rezeptdaten generiertes „Image“ geliefert, welches sämtliche für die erhobene Beanstandung relevanten Parameter enthält und eine nachvollziehbare Prüfung der erhobenen Beanstandung ermöglicht..

- (3) Ergeben sich ab Erhalt einer Beanstandung innerhalb der Frist nach Abs. 1 Folgebeanstandungen aufgrund desselben Sachverhalts, verzichten die Krankenkassen im Regelfall auf die Vornahme weiterer Folgebeanstandungen, sofern den Krankenkassen im Vergleich zu regelkonformer Versorgung kein finanzieller Schaden entstanden ist. Beide Vertragsparteien haben die Möglichkeit, einzelne Fälle im Vertragsausschuss

zu klären. Bei falschen Preisberechnungen sowie der Abgabe entgegen eindeutiger Leistungsausschlüsse ist eine solche Aussetzung nicht möglich.

- (4) Einsprüche gegen Taxdifferenzen können von der Apothekerin / von dem Apotheker innerhalb von drei Monaten nach Eingang bei der Apothekerin / dem Apotheker schriftlich geltend gemacht werden und bedürfen der Begründung. Sie können auch über den LAV erfolgen.
- (5) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung ist der Apotheke in schriftlicher Form mitzuteilen.
- (6) Werden die Fristen nach Abs. 4 und 5 überschritten, gelten die Taxdifferenzen bzw. die Einsprüche als anerkannt. Rechnungskorrekturen können erst erfolgen, wenn die Taxbeanstandungen anerkannt sind, als anerkannt gelten oder der Einspruch durch die Krankenkasse zurückgewiesen wurde.
- (7) Bei Korrekturen auf Veranlassung der Apotheke wegen fehlerhaft abgerechneter Taxbeträge gilt folgender Verfahrensweg:

Die Apotheke liefert an die Abrechnungsstelle der zuständigen Krankenkasse folgende Unterlagen:

- a. Bei papiergebundenen Verordnungen einen Ausdruck des Verordnungsblattes mit Belegnummer gemäß Vereinbarung nach § 300 SGB V, bei elektronischen Verordnungen die Rezept-ID und das Abgabedatum
- b. eine Erläuterung zum Berechnungsfehler (mit Datum / Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers).

Für die AOK Baden-Württemberg:

Partnerabrechnung Arzneimittel (PA AM)
Schwarzwaldstr. 39
77933 Lahr/Schwarzwald
Postfach 23 20
77913 Lahr/Schwarzwald

Für die Landwirtschaftliche Krankenkasse (SVLFG)

Arzneimittelabrechnung
Tunnelstraße 29
86156 Augsburg

- (8) Die sich aus der Rechnungsprüfung ergebenden Last- und Gutschriften nach Abs. 6 und 7 werden unverzüglich mit einer der nächstfälligen Zahlungen verrechnet. In Härtefällen sind Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarungen möglich.

- (9) Gegenüber einem RZ kann die Verrechnung von Lastschriften im Sinne des Abs. 6 nur bis zur Höhe der Beträge erfolgen, die im Zeitpunkt der jeweiligen Verrechnung von diesem RZ gegenüber den Krankenkassen für die betroffene Apothekerin / den betroffenen Apotheker geltend gemacht werden. Vorab geleistete Abschlagszahlungen von Krankenkassen an Rechenzentren bzw. von Rechenzentren an Apotheken bleiben unberücksichtigt. Das Recht der jeweiligen Krankenkasse, darüber hinaus bestehende Rückforderungsansprüche gegenüber der betroffenen Apothekerin / dem betroffenen Apotheker geltend zu machen, bleibt unberührt. Eine Verrechnung gemäß §§ 51 und 52 SGB I ist unzulässig.

VIERTER ABSCHNITT
Schlussbestimmungen

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich der Anlagen und Protokollnotizen tritt am 01.01.2025 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von zwölf Monaten zum Monatsende, frühestens aber zum 31. Dezember 2026 schriftlich gekündigt werden. Eine Fortgeltung bei Kündigung besteht nicht.

Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung für die übrigen Vertragspartner nicht. Einvernehmliche Vertragsänderungen sind jederzeit möglich.

- (2) Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn gesetzliche Umstände / Vorgaben und / oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen eine Fortsetzung dieser Vereinbarung unmöglich machen und auch eine einvernehmliche Vertragsanpassung nicht zu erreichen war.
- (3) Bei einer Kündigung des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V obliegt es den Vertragspartnern, sich in beiderseitigem Einvernehmen auf eine Übergangsregelung bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages zu verständigen. Kommt eine derartige Regelung nicht zustande, endet dieser Vertrag mit der Kündigung des Rahmenvertrages.
- (4) Die nach §§ 8 und 10 vereinbarten Preislisten (Anlagen) und Anlage 2 können gesondert entsprechend den in § 10 genannten Fristen gekündigt werden.

Anlage 2 ist erstmals zum 30.06.2026 kündbar.

- (5) Für den Fall, dass sich eine Krankenkasse ohne Rechtsnachfolger auflösen sollte, verpflichten sich die Krankenkassen, den LAV unverzüglich darüber zu informieren und einvernehmlich die Abwicklung und Begleichung der Forderungen der Apotheken aufgrund erbrachter Leistungen zu regeln.
- (6) Dieser Vertrag tritt an die Stelle des Arzneilieferungsvertrages vom 01.04.2015, geändert zum 01.01.2021, der mit dem Wirksamwerden dieses Vertrages außer Kraft tritt.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

Stuttgart, 10.12.2024

AOK Baden-Württemberg

**Landesapothekerverband
Baden-Württemberg e. V.**

Gordana Marsic
Mitglied des Vorstandes

Florian Becker
Vizepräsident

**SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse, Stuttgart**

Detlef Oesterwinter
Leiter Vertragswesen

Anlage 1:

(zu § 13 und 14)

§ 1 Rechnungslegung und Beanstandungen

- (1) Die Rechnung eines RZs besteht aus:
 - a. einer Gesamtrechnung (Sammelabrechnung) für alle über das RZ abrechnenden Apotheken (SERA),
 - b. den Einzelrechnungen dieser Apotheken (SERA),
 - c. den Rechnungsdaten nach der TA 3 und der TA7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (TA3 - ABRP, RECP; TA7 – FHIR),
 - d. den Images der Verordnungsblätter (nach der TA 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V,
 - e. den Verordnungsblättern.
- (2) Die Sammelabrechnung enthält die Inhalte und strukturelle Vorgaben der Abschnitte 12.1.4 und 12.3. (Muster) der TA3.
- (3) Werden von den Rechenzentren abrechnungsrelevante Korrekturen oder Verordnungskorrekturen (zentral über die Rechenzentren abgewickelten Zu- und Absetzungsdaten zu Herstellerabschlägen bzw. Rückabwicklungsverfahren bundesweit (TA6-Daten)) erforderlich, so sind diese über eine separate Rechnung abzurechnen.

§ 2 Beginn der Zahlungsfrist

Die Frist zur Rechnungsbegleichung beginnt mit dem Eingang der Rechnung mit den Bestandteilen nach § 1 Abs. 1 a., b. und c., in Form von den nach den Vorgaben der aktuellen TA3 und TA7 verarbeitbaren Daten (SERA, FHIR, ABRP, RECP) auf dem Server des Kostenträgers oder seines beauftragten Dienstleisters, sofern der Bestandteil d. innerhalb von fünf Werktagen nachgeliefert wird.

§ 3 Erklärungen gegenüber Rechenzentren

- (1) Beanstandungen von Berechnungen, die das RZ eigenständig durchgeführt hat, können dem RZ mitgeteilt werden. Sie gelten als gegenüber der Apotheke abgegeben, wenn in der Beanstandung der auf die jeweils betroffenen Apotheken entfallende Beanstandungsbetrag und Grund aufgeführt wird.
- (2) Sofern das RZ nicht innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Beanstandung Einspruch gegen die Beanstandung erhebt, kann die sich aus der Beanstandung ergebende Differenz mit der nächsten Rechnungszahlung verrechnet werden. Erhebt das RZ Einspruch, gilt der Einspruch als für alle betroffenen Apotheken eingelegt. Das weitere Verfahren richtet sich nach § 18 Abs. 3 und 4. Die betroffenen Apotheken können den Einspruch durch das RZ durch eigene Argumente ergänzen. Die Krankenkassen haben diese zu berücksichtigen.

- (3) Die Möglichkeit der Apotheke, Einspruch gemäß § 18 gegen die Beanstandung gegenüber dem RZ zu erheben, bleibt unberührt. Ein Einspruch bleibt insbesondere zulässig, wenn das RZ keinen Einspruch erhoben hat.

§ 4 Kostenregelungen

- (1) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung und Übermittlung der papiergebundenen Verordnungen eine Kostenpauschale in Höhe von 0,0187 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je digitalisiertem Verordnungsblatt (gem. Anlage 2, § 4 Abs. 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung).
Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungslegung nach § 12 bzw. § 1 dieser Anlage geltend gemacht und ist im Zeitpunkt der Rechnungsbegleichung nach § 2 dieser Anlage zu zahlen.
- (2) Der Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung im Arztfeld der papiergebundenen Verordnungen entsteht (Anlage 2, § 3 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), wird mit 0,007 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je korrigiertem Zeichen durch die Krankenkassen abgegolten. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 5 Verordnungsblätter

Bei der Abrechnung über Rechenzentren müssen die abgerechneten Verordnungsblätter bis spätestens sechs Wochen nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Abrechnung erfolgte, bei den Krankenkassen oder bei den von diesen benannten Stellen eingehen. Hierbei sind alle in der Sammelrechnung enthaltene Verordnungsblätter apothekenunabhängig nach aufsteigender Belegnummer zu sortieren. Schwer verarbeitbare Belege können in einer separaten Einheit geliefert werden. Hierin enthaltene Verordnungsblätter sind apothekenunabhängig nach aufsteigender Belegnummer zu sortieren. Auf den Packungseinheiten sind der Name des Abrechnungszentrums, die Sammelrechnungsnummer, der Kalendermonat sowie die erste und letzte Belegnummer anzugeben.

Anlage 2: Übergangsvereinbarung zum E-Rezept (zu §§ 3 Abs. 3, 11 Abs. 3)

Der Start des E-Rezeptes ist mit technischen Schwierigkeiten verbunden. So entstehen beispielsweise durch die Praxisverwaltungssysteme der verschreibenden Personen bei der E-Rezept-Erstellung Fehler, die durch den Fachdienst der Gematik nicht erkannt werden. Andere Fehler entstehen im Fachdienst der Gematik selbst. Es besteht daher Nachbesserungsbedarf, bis sichergestellt ist, dass nur formal fehlerfreie und vollständige E-Rezepte wie es die Regelung in § 1 Abs. 1 u. 2 Anlage 1 zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V in der Fassung vom 01.07.2023 vorsieht, die Apotheken über den Fachdienst erreichen.

Bis dies bundeseinheitlich durch geeignete technisch-organisatorische Maßnahmen sichergestellt ist, schließen die Vertragsparteien folgende Übergangsvereinbarung:

Für sämtliche elektronischen Verordnungen, die aus dem Fachdienst der TI entnommen werden, gilt hinsichtlich der von der verordnenden Person anzubringenden formalen Angaben zum verordnenden Arzt, zum betroffenen Versicherten oder zum Kostenträger die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit. Ein Fehlen oder fehlerhafte Angaben, berechtigen nicht zur Zurückweisung der elektronischen Verordnung bei der Abrechnung, soweit die verordnende Person, der/die Versicherte sowie der Kostenträger identifizierbar sind.

Anlage 3: Geschäftsordnung über den Ablauf des Verfahrens im Vertragsausschuss (zu § 4 Abs. 4)

Der Vertragsausschuss gemäß § 4 Abs. 4 des AVV legt folgende Richtlinien zum Ablauf des Verfahrens im Vertragsausschuss fest:

§ 1 Aufgaben des Vertragsausschusses

- (1) Der Vertragsausschuss klärt Zweifelsfragen aus dem Ergänzungsvertrag. Darüber hinaus obliegt ihm die Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten zwischen einer leistungspflichtigen Krankenkasse und einem Leistungserbringer, soweit sie nicht auf örtlicher Ebene bereinigt werden können. Dem Vertragsausschuss können auch andere Aufgaben zugewiesen werden.
- (2) Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses zählt außerdem die Klärung von Problemfällen bei der Taxkontrolle. Zu diesem Zweck tritt der Vertragsausschuss mindestens einmal halbjährlich zusammen. Die vertragsschließenden Parteien wirken bei der Klärung solcher Problemfälle partnerschaftlich zusammen.
- (3) Der Vertragsausschuss übernimmt dabei die Rolle einer vermittelnden Instanz zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

§ 2 Zusammensetzung

- (1) Der Vertragsausschuss hat sechs Mitglieder. Er ist paritätisch jeweils mit Vertretern der Krankenkassen und des LAV zu besetzen.
- (2) Die teilnehmenden Mitglieder werden von den Krankenkassen und dem LAV jeweils vor einer Sitzung bestimmt und mit einer Frist von zwei Wochen zur Sitzung eingeladen.

§ 3 Einleitung des Verfahrens

- (1) Das Verfahren vor dem Vertragsausschuss beginnt mit der Anrufung des Vertragsausschusses.
- (2) Anrufungsberechtigt sind jeweils die Vertragspartner.
- (3) Der LAV wird gegen Kostenerstattung auch in Fällen, in denen Nichtmitglieder des Verbandes, die dem Ergänzungsvertrag beigetreten sind, involviert sind, tätig.
- (4) Das Anrufungsschreiben ist an die AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart bzw. an den LAV, Hölderlinstraße 12, 70174 Stuttgart, zu richten und muss den Sachverhalt umfassend darstellen. Die Sitzung des Vertragsausschusses ist möglichst innerhalb eines Monats nach Eingang anzusetzen.

- (5) Die Terminbestimmung und die Einladung zur Sitzung erfolgen durch die anrufende Seite jeweils in Abstimmung.

§ 4 Einleitung des Verfahrens nach § 1 Abs. 2

- (1) Das Verfahren vor dem Vertragsausschuss findet einmal pro Halbjahr statt. Eine Anrufung ist in diesem Fall nicht erforderlich.
- (2) Die Einladung erfolgt schriftlich durch den LAV. Tagesordnungspunkte können von allen Vertragsparteien gemeldet werden.
- (3) Die Terminbestimmung erfolgt in Abstimmung von LAV und Krankenkasse.

§ 5 Sitzungen

- (1) Der Vorsitz im Vertragsausschuss liegt alternierend bei den Krankenkassen und dem LAV. Die Krankenkassen stimmen sich vor der Sitzung ab, wem aus ihren Reihen der Vorsitz obliegt. Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Sitzung.
- (2) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Vor jeder Beschlussfassung ist den Beteiligten rechtliches Gehör zu gewähren. Zu diesem Zweck können die betroffene Krankenkasse / Bezirksdirektion / Geschäftsstelle, der betroffene Leistungserbringer und Zeugen (z. B. Versicherte) zu der Sitzung des Vertragsausschusses geladen werden.
- (3) Der Vertragsausschuss wählt zu jeder Sitzung einen Schriftführer, der nicht zwingend Mitglied des Vertragsausschusses sein muss, der eine Niederschrift über die Sitzung anfertigt.

§ 6 Beratung und Beschlussfassung

- (1) Der Vertragsausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist der Vertragsausschuss nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der neu festzulegenden Sitzung Beschlussfähigkeit auch dann vorliegt, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung hinzuweisen. Eine Stimmrechtsübertragung ist möglich, bei der Abstimmung ist Parität zu gewährleisten.
- (2) Die Beratung erfolgt unter Ausschluss der Beteiligten. Die Beschlussfassung erfolgt in offener Abstimmung. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach interner Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt die vorgeschlagene Maßnahme als abgelehnt.
- (3) Die Beschlussfassung des Vertragsausschusses kann dahin gehen,

- a. dass dem Vertragspartner ein Hinweis erteilt wird, und / oder
 - b. dass eine Verwarnung ausgesprochen wird, und / oder
 - c. dass eine Vertragsstrafe bis zu 25.000,00 Euro je Einzelfall festgelegt wird und / oder
 - d. die Empfehlung zum Entzug der Lieferberechtigung auszusprechen und / oder
 - e. dass eine Feststellung zur Ersatzpflicht eines eingetretenen Schadens getroffen wird und / oder
 - f. dass eine Feststellung über die Rechtmäßigkeit von Beanstandungen nach § 17 Abs. 1 des Vertrages getroffen wird.
- (4) Die Beschlussfassung wird gegenüber dem betroffenen Leistungserbringer und der betroffenen Krankenkasse bekannt gegeben.

§ 7 Niederschrift

- (1) Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden und vom Schriftführer zu unterzeichnen ist. Sie muss insbesondere enthalten:
- a. Bezeichnung des Vertragsausschusses,
 - b. Ort und Tag, Beginn und Ende der Sitzung,
 - c. die Namen der anwesenden Mitglieder des Vertragsausschusses,
 - d. den Gang der Verhandlung,
 - e. die getroffene Beschlussfassung,
 - f. ggfs. das Einverständnis der betroffenen Beteiligten.
- (2) Die Niederschrift ist unverzüglich nach Beschlussfassung auszufertigen und bei entsprechendem Einverständnis des Leistungserbringers und der betroffenen Krankenkasse in den Fällen des § 6 Abs. 3 Ziff. c) (Vertragsstrafe) und e) (Regress) dieser Geschäftsordnung auch von diesen zu unterzeichnen.
- (3) Jeder Sitzungsteilnehmer erhält eine Mehrfertigung dieser Niederschrift. Mit der Unterzeichnung gilt die Niederschrift als genehmigt. Erfolgt keine Unterzeichnung, sind Einwendungen gegen die Niederschrift innerhalb von zwei Wochen nach der Sitzung bei der AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, geltend zu machen.

§ 8 Wirkung der Beschlussfassung

- (1) Die Beschlussfassung des Vertragsausschusses wirkt in den Fällen des § 6 Abs. 3 Ziff. c. und d. mit dem Einverständnis des Leistungserbringers und der betroffenen Krankenkasse als vertragliche Vereinbarung, der sich sowohl Krankenkasse wie auch Leistungserbringer unterwerfen. Der verhandelte Streitgegenstand ist damit von einer weiteren rechtlichen Verfolgung ausgeschlossen. Eine Verwertbarkeit bei wiederholten Verstößen ist nicht ausgeschlossen.

- (2) Ist der Leistungserbringer oder die betroffene Krankenkasse mit dem Beschluss des Vertragsausschusses nicht einverstanden, steht es den Beteiligten frei, die Angelegenheit uneingeschränkt unter allen rechtlichen Gesichtspunkten weiterzuverfolgen.

§ 9 Geheimhaltung und Schweigepflicht

- (1) Die Mitglieder des Vertragsausschusses sind verpflichtet, die ihnen in Sitzungen bzw. in Unterlagen, Niederschriften oder sonstigen Informationsmaterialien bekanntwerdenden personenbezogenen Daten sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Dritter geheim zu halten.
- (2) Darüber hinaus sind sonstige, allein für den internen Bereich bestimmte Dinge, vertraulich zu behandeln.
- (3) Unterlagen zu den in den Absätzen 1 bis 2 bezeichneten Sachverhalten sind in geeigneter Form vor Kenntnisnahme durch unbefugte Personen zu schützen.
- (4) Die Mitglieder des Vertragsausschusses haben über das Beratungsergebnis und das Abstimmungsverhalten Stillschweigen zu bewahren.

Anlage 4: Bagatellgrenze
(zu § 17 Abs. 1)

Für Retaxationen wird ein Mindestbetrag von 25,00 Euro für den gesamten Retaxationsvorgang festgelegt. Hierbei sind Rabatte und Zuzahlungen vorher abzuziehen. Der Mindestbetrag gilt sowohl für Forderungen der Krankenkassen an die Apotheken als auch umgekehrt. Diese Anlage kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Anlage 5.1: Vertragspreise - Verbandstoffe

Für Verbandstoffe, die nicht der AMPreisV unterliegen (nicht verschreibungspflichtige und verschreibungspflichtige), ist nachstehender Vertragspreis geregelt:

- a. Apothekeneinkaufspreis⁵ + 12 % zzgl. USt.
- b. Pauschale für Verbandmittel zur Verwendung im Zusammenhang mit enteraler Ernährung:

15 EUR/Monat zzgl. USt.

Maßgeblich für die eindeutige Abgrenzung zum Vertragspreis nach a. ist der Wortlaut der ärztlichen Verordnung, z. B.:

- Arzt verordnet mit Vermerk: „Versorgungspauschale Verbandstoffe“ oder „enterale Ernährung“.
- Kombination von enteraler Ernährung und Verbandmittel in derselben Verordnung.

- (1) Es ist der Apotheke freigestellt, unabhängig vom Wortlaut der ärztlichen Verordnung unter vergleichbaren Produkten eine wirtschaftliche Auswahl zu treffen.
- (2) Im Ausnahmefall ist eine Verpflichtung der Apotheke zur Belieferung dieser Produkte zu Lasten der Krankenkasse (Kontrahierungszwang) nicht gegeben.

⁵ Preis gemäß ABDATA-Artikelstamm am Abgabetag

Anlage 5.2: Vertragspreise – Medizinprodukte mit Arzneimittelcharakter, Fluorid-Tabletten

Für Medizinprodukte mit Arzneimittelcharakter sowie Fluorid-Tabletten, die nicht der AMPreisV unterliegen (nicht verschreibungspflichtige und verschreibungspflichtige Produkte), ist nachstehender Vertragspreis geregelt:

Apothekeneinkaufspreis³ + 20 % zzgl. USt.,
max. AMPreisV neu, netto zzgl. USt.

³ Preis gemäß Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V bzw. gemäß ABDATA-Artikelstamm am Abgabetag.

Anlage 5.3: Vertragspreise – Ernährungstherapeutika nach § 31 SGB V

1) Für die Abgabe von Ernährungstherapeutika gelten die nachstehenden gesonderten Bestimmungen zur Preisberechnung:

a. Diätetika zur laufenden Behandlung von Enzymmangelkrankheiten:

Apothekeneinkaufspreis⁷ + 3 % zzgl. MwSt.

b. Elementardiäten und Sondennahrung:

Apothekeneinkaufspreis⁷ zzgl. MwSt.

2) Für Ernährungstherapeutika, für die keine Vertragspreise vereinbart wurden, muss vorab ein Kostenvoranschlag bei der abrechnenden Stelle⁸ genehmigt werden.

⁷ Preis gemäß Preis- und Produktverzeichnis nach 131 Abs. 4 SGB V bzw. gemäß ABDATA-Artikelstamm am Abgabetag.

⁸ für die AOK Die Gesundheitskasse Baden-Württemberg: Partnerabrechnung Arzneimittel (PAAM),
Mail : pa-arzneimittel@bw.aok.de

Für die SVLFG : KK-Leistung@svlfg.de

Anlage 5.4: Vertragspreise – Blutzuckerteststreifen

Sämtliche Preise sind Nettopreise.

1. Preisregelung für Blutzuckerteststreifen

Preisgruppe 1

Teststreifen mit einem Apothekeneinkaufspreis⁴ ≤ 17,00 Euro

Staffel	Nettopreis je 50 Stück
bis 102	19,95 €
ab 103	19,00 €
ab 300	18,00 €

Preisgruppe 2

Teststreifen mit einem Apothekeneinkaufspreis⁴ von 17,01 bis 20,10 Euro

Staffel	Nettopreis je 50 Stück
bis 102	23,45 €
ab 103	20,95 €
ab 300	20,10 €

Preisgruppe 3

Teststreifen mit einem Apothekeneinkaufspreis⁴ ≥ 20,11 Euro

Staffel	Nettopreis je 50 Stück
bis 102	25,75 €
ab 103	24,30 €
ab 300	22,95 €

Für Teststreifen, deren Packungsinhalt von 50 Stück abweicht, wird zur Ermittlung des Vertragspreises der Nettopreis je 50 Stück in der jeweiligen Preisgruppe und Staffel durch 50 dividiert und mit der Anzahl der in der jeweiligen Packung enthaltenen Teststreifen multipliziert.

Anhand der oben definierten Preisgrenzen erfolgt über die ABDATA Pharmadata-Service die automatische Eingruppierung der Teststreifen im ABDATA-Artikelstamm Plus V. Maßgeblich ist die aktuelle Kennzeichnung im ABDATA-Artikelstamm zum Zeitpunkt der Abgabe.

Auswahl der Teststreifen

⁴ Preis gemäß ABDATA-Artikelstamm am Abgabetag

Die Apotheken sind berechtigt, namentlich verordnete Blutzuckerteststreifen gegen andere Blutzuckerteststreifen auszutauschen, sofern die verordnende Vertragsärztin / der verordnende Vertragsarzt nicht durch Ankreuzen des aut-idem Feldes oder einem anderen ausdrücklichen Hinweis, den Austausch verbietet. Eine Rechtspflicht der Apotheken zum Austausch besteht hingegen nicht.

Umstellungsgebühr

Unter den folgenden Voraussetzungen kann die Apotheke einen Pauschalbetrag für die Umstellung eines/einer Versicherten auf einen anderen Teststreifen abrechnen:

1. Die Umstellung erfolgt hin zu Teststreifen, die der Preisgruppe 1 zuzuordnen sind oder für die Vereinbarungen mit Anbietern bestehen.⁵
2. Der/die Versicherte wurde zuletzt mit Blutzuckerteststreifen versorgt, die nicht der Preisgruppe 1 zuzuordnen sind oder für die keine Vereinbarung mit Anbietern bestehen.

Unter Verwendung nachfolgend benannter Sonderkennzeichen kann die Apotheke folgende Gebühren abrechnen:

- 30,00 EUR (netto) für die Umstellung eines Versicherten mit Teststreifen aus Preisgruppe 3; Sonderkennzeichen **06460613**
- 20,00 EUR (netto) für die Umstellung eines Versicherten mit Teststreifen aus Preisgruppe 2; Sonderkennzeichen **02567596**

Die Gebühr kann pro Versichertem maximal einmal innerhalb von 12 Monaten abgerechnet werden.

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Apotheken für die hinreichende Qualität der Umstellungsberatung Sorge tragen.

Die Möglichkeit zur Abrechnung der Umstellungsgebühr ist zunächst auf ein Jahr befristet und kann von der AOK Baden-Württemberg – ungeachtet der Fortgeltung der weiteren Bestimmungen dieser Anlage –erstmals mit einer Frist von drei Monaten zum 30.06.2017 gekündigt werden, wenn nachgewiesen wird, dass die mit der Umstellung bezweckte Versorgung in wirtschaftlicher Hinsicht nicht erreicht wird. Hierzu führt die AOK Baden-Württemberg eine Evaluierung durch und setzt den LAV über deren Ergebnis in Kenntnis. Erfolgt keine Kündigung zum 30.06. eines Jahres, verlängert sich die Regelung zur Umstellungsgebühr jeweils um ein weiteres Jahr.

⁵ Derzeit (Stand 01.01.2025) gib es keine Vereinbarungen mit Anbietern von Teststreifen.

Anlage 5.5: Vertragspreise – CoaguChek und andere Blutkoagulations-Teststreifen

Für die Abgabe von CoaguChek und anderen Blutkoagulations-Teststreifen gelten die nachstehenden gesonderten Bestimmungen zur Preisberechnung:

Apothekeneinkaufspreis⁶ + 12 % zzgl. USt.

⁶ Preis gemäß ABDATA-Artikelstamm am Abgabetag.

Anlage 5.6: Vertragspreise – Sonstige Harn- und Blutteststreifen

Für die Abgabe von nicht in Anlage 5.4 und 5.5 geregelten sonstigen Harn- und Blutteststreifen gelten die nachstehenden gesonderten Bestimmungen zur Preisberechnung:

Apothekeneinkaufspreis⁷ + 12 % zzgl. USt.

⁷ Preis gemäß ABDATA-Artikelstamm am Abgabetag.

Anlage 5.7: Vertragspreise – Methadontabletten-Einzeldosen

- 1) Zur Preisberechnung von Methadontabletten-Einzeldosen ist das folgende Preistableau anzuwenden

Wirkstoffgehalt in mg	Preis/Stück
5	0,21 zzgl. USt.
10	0,42 zzgl. USt.
20	0,84 zzgl. USt.
40	1,81 zzgl. USt.
80	3,23 zzgl. USt.

- 2) Der Vertragspreis je Einzeldosis bildet sich durch die Addition der benötigten Tablettenstärken.

Beispiel: Einzeldosis Methadontablette 60 mg:

1 Tablette 40 mg 2,15 Euro

1 Tablette 20 mg 1,00 Euro

Vertragspreis 3,15 Euro

- 3) Bei der Abrechnung ist das vereinbarte Sonderkennzeichen 06461073 zu verwenden. Im Faktorfeld wird die Anzahl der verordneten Einzeldosen eingetragen und mit dem Vertragspreis der verordneten Einzeldosis multipliziert.
- 4) Auf den Abrechnungspreis wird kein Apothekenabschlag nach § 130 SGB V gewährt.
- 5) Die Betäubungsmittelgebühr nach § 7 ist zusätzlich zu berechnen.
- 6) Bei Preisänderungen der Fertigarzneimittel verständigen sich die Vertragspartner zeitnah.
- 7) Gültig ab 01.02.2022

Anlage 5.8: Rekonstitution Risdiplam (Evrysdi®)

Die Fachinformation von Risdiplam (Evrysdi®) schreibt die Rekonstitution des Fertigarzneimittels durch einen Angehörigen der Gesundheitsberufe vor der Abgabe an den Anwendenden vor. Die Vertragspartner legen mit dieser Vereinbarung fest, zu welchen Bedingungen die Abrechnung dieser pharmazeutischen Leistung durch die Apotheke zulasten der AOK Baden-Württemberg erfolgen kann, wenn ein ordnungsgemäßes Arzneiverordnungsblatt oder eine vereinbarungsgemäße elektronische Verordnung über die TI vorliegt.

§ 1 Definition der Leistung

- (1) Die Apotheke stellt eine anwendungsfertige Lösung aus dem Fertigarzneimittel Evrysdi® unter Berücksichtigung der Fachinformation her.
- (2) Die anwendungsfertige Lösung wird bedarfsgerecht unter Berücksichtigung der begrenzten Haltbarkeit des nach Absatz 1 gemäß Zulassung rekonstituierten Fertigarzneimittels für den Anwendenden zur Verfügung gestellt. Das betrifft insbesondere die Verordnung größerer Mengen (z. B. Quartalsbedarf), bei denen die Apotheke durch geeignete Maßnahmen sicherstellt, dass die verordnete Menge Arzneimittel gemäß Dosierungsvorgaben der verordnenden Person innerhalb der Haltbarkeit vollständig eingenommen werden kann.
- (3) Die dazu benötigten Materialien und das erforderliche Lösungsmittel sind mit der Vergütung nach § 2 abgegolten.
- (4) Das abgabefertige Produkt muss mit einem Haltbarkeitsdatum gekennzeichnet werden.
- (5) Die Apotheke informiert Anwendende und ggf. Angehörige über den Umgang mit der anwendungsfertigen Lösung inkl. Hinweisen zur Lagerung.
- (6) Die Apotheke informiert Anwendende und ggf. Angehörige im Sinne einer guten Versorgungsqualität über die Notwendigkeit einer engmaschigen fachärztlich gebotenen Kontrolle der Erkrankung, wenn über die Verordnungen ersichtlich ist, dass die Behandlung nicht über einen Facharzt erfolgt.

§ 2 Abrechnung und Vergütung

Die Apotheke rechnet die Rekonstitution unter der Sonder-PZN **17716518** ab. Die Vergütung beträgt **22,00 Euro** netto pro Flasche. Die Abrechnungsbestimmungen für das Fertigarzneimittel bleiben davon unberührt. Bei bedarfsgerechten Teillieferungen kann die Gesamtmenge bereits mit der ersten Versorgung abgerechnet werden.

§ 3 Kündigung

Anlage 5.8 kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Abkürzungsverzeichnis

ABRP	Nachrichtentyp der TA3 für Verordnungsdaten aus Papierverordnungen
Abs.	Absatz
AVV	Arzneiversorgungsvertrag
ALV-SSB	Vertrag über die Belieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs in Apotheken
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AM-RL	Arzneimittelrichtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
BSNR	Betriebsstättennummer
BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
DAV	Deutscher Apotheker Verband
DNA	Deutscher Normausschuss
FHIR	„Fast HealthCare Interoperability Resources“, Datenaustauschstandard im Gesundheitswesen
ggfs.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KO-Daten	Korrektur-Daten
LANR	Lebenslange Arztnummer
LAV	Landesapothekerverband
PLZ	Postleitzahl
PZN	Pharmazentralnummer
RECP	Nachrichtentyp der TA3 für Rechnungsdaten
RZ	Rechenzentrum
SARP	Servicestelle Arzneimittelabrechnung und Prüfung
SGB	Sozialgesetzbuch
SV	Sozialversicherung
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TA	Technische Anlage (der Vereinbarung nach § 300 SGB V)
TA6-Daten	Zu- und Absetzungs-Daten