Information für „Sonstige Leistungserbringer“ zur Abgabe von Leistungen nach § 31 SGB V für Versicherte der AOK Baden-Württemberg[1]

I. Abgabe und Abrechnung von Trink- und Sondennahrung sowie von Verbandstoffen im Zusammenhang mit enteraler Ernährung

Für die Abgabe von Trink- und Sondennahrung sowie von Verbandstoffen im Zusammenhang mit enteraler Ernährung gelten die Regelungen im „Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Sonden- und Trinknahrung sowie Verbandmitteln bei enteraler Ernährung“.

Dieser Vertrag ist für alle Leistungserbringer beitrittsfähig. Eine Berechtigung, die vertraglich geregelten Produkte zur enteralen Ernährung und die entsprechenden Verbandmittel mit der AOK Baden-Württemberg abzurechnen besteht nur für Leistungserbringer, die gegenüber der AOK Baden-Württembeg ihren Beitritt zum Vertrag erklärt haben.

Nähere Informationen finden Sie im Gesundheitspartnerportal der AOK Baden-Württemberg unter <https://www.aok.de/gp/medizintechnik/vertraege/versorgung-mit-sonden-und-trinknahrung-und-verbandmitteln-bei-enteraler-ernaehrung>

II. Bestimmungen zur Abgabe und Abrechnung von Verbandstoffen, Teststreifen und anderen nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der AOK Baden-Württemberg

Für die Abgabe von Verbandstoffen, soweit diese nicht vom Vertrag nach I. umfasst werden, Teststreifen und anderen nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist aktuell kein Vertragsbeitritt erforderlich.

Für Leistungserbringer, die Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Rahmen der Regelungen des SGB V mit diesen Produkten versorgen, gelten die folgenden Abgabe- und Abrechnungsbestimmungen.

[1] Sonstige Leistungserbringer: Alle Erbringer von Leistungen nach § 31 SGB V, die keine öffentliche Apotheke sind.

A. Allgemeine Abgabebestimmungen

1. Gesetzliche Grundlage für die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, Teststreifen und Verbandstoffen zu Lasten der gesetzlichen Krankkassen ist der § 31 SGB V. Diese Abgabe- und Abrechnungsbestimmungen gelten ausschließlich für Mittel, die gemäß § 31 SGB V Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind.

2. Der Leistungserbringer gewährleistet die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Verbandstoffen, Teststreifen und verordnungsfähigen nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln (vgl. § 12 SGB V).

3. Eine gezielte Beeinflussung von Ärzten und/oder Versicherten durch den Leistungserbringer, insbesondere hinsichtlich der Verordnung bestimmter Produkte, ist nicht zulässig.

4. Grundlage der Leistungspflicht der AOK Baden-Württemberg und damit für die Versorgung ist eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung (Muster 16) im Original. Andere „Verordnungen“ wie zum Beispiel eigene Vordrucke von Kliniken, Privatverordnungen oder „grüne Rezepte“ sowie Mehrfertigungen und Kopien von Rezepten sind nicht abrechenbar.

5. Mittel, die keine Leistung nach § 31 SGB V sind, können auch bei Vorliegen einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung nicht nach diesen Abrechnungs- und Abgabebestimmungen abgerechnet werden.

6. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine Verordnung, wenn sie folgende Angaben enthält:

   a. Bezeichnung der Krankenkasse (AOK Baden-Württemberg),
   b. Kostenträgerkennung (IK AOK Baden-Württemberg lt. der Versichertenkarte,
   c. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der / des Versicherten,
   d. Versicherten-Nummer,
   e. Betriebsstättennummer der Arztpraxis (BSNR),
   f. Lebenslange Arztnummer des verordnenden Arztes (LANR),
   g. Ausstellungsdatum,
   h. Status der / des Versicherten,
   i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend,
   j. Kennzeichnung für Unfall/Arbeitsunfall, soweit zutreffend,
   k. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend,
   l. Unterschrift der Vertragsärztin / des Vertragsarztes,
   m. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.

7. Ein Fehlen einzelner Angaben nach Nr. 6, Buchstaben
   - a oder b,
   - c oder d,
   - h bis j

   berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung.

8. Eine Verordnung ohne Arztunterschrift, Vertragsarztstempel oder Ausstellungsdatum ist ungültig und darf daher auch nicht beliefert werden. Fehlt eine dieser Angaben, werden die Rezepte auf Null retaxiert. Eine nachträgliche Heilung ist ausgeschlossen.

9. Fehlt auf der Verordnung die Angabe der BSNR (im Arztfeld) oder die LANR oder besteht keine Übereinstimmung mit dem Aufdruck im Arztstempel, ist die Verordnung dem Arzt zur Korrektur zurückzugeben.

10. Die Verordnung kann nur innerhalb eines Monats nach der Ausstellung beliefert werden. Davon abweichend können Verordnungen, die im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt wurden, (Muster-16-Rezepte mit ergänzender Kennzeichnung „Entlassmanagement" im Personalienfeld) nur innerhalb von 3 Werktagen (Montag bis Samstag) beliefert werden.

    Bei Überschreitung dieser Fristen ist die AOK BW berechtigt, auf null zu retaxieren.

11. Verordnungen, bei denen bei Wahrung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt eine Fälschung erkennbar ist, dürfen nicht beliefert werden. Die AOK ist nicht verpflichtet, Lieferungen aufgrund erkennbar gefälschter Verordnungen zu bezahlen.

12. Die Originalverordnungen müssen spätestens zum Zeitpunkt der Abgabe an den Versicherten vorliegen. Für nachträglich ausgestellte Verordnungen, Kopien oder sonstige Mehrfertigungen-besteht kein Vergütungsanspruch. Diese Regelungen gelten auch für Verordnungen mit dem Aufdruck „Duplikat" oder sinnverwandten Begriffen**.**

13. Änderungen und Ergänzungen der ärztlichen Verordnung, z. B. hinsichtlich Größe und Menge, bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe auf dem Originalrezept. Diese Änderungen und Ergänzungen müssen vor der Abgabe vom Arzt bestätigt werden. Eine Heilung nach Rezeptabrechnung wird nicht anerkannt.

14. Maßgebend für die Abgabe und Abrechnung der Leistungen ist der Wortlaut der ärztlichen Verordnung. Der Verordnungstext muss so eindeutig sein, dass der abzugebende Artikel und ggf. die Größe und die Menge daraus klar hervorgehen.

15. Fehlt auf der Verordnung die Angabe zur Menge, ist die Packung mit der kleinsten verkehrsfähigen Stückzahl abgabe- und abrechnungsfähig. Wird eine nicht handelsübliche Packung verordnet, ist die Packung mit der nächstkleineren verkehrsfähigen Stückzahl/Menge abgabe- und abrechnungsfähig.

16. Wird bei der Verordnung mehrerer Packungen eines Produktes der Inhalt der nächstgrößeren Packung erreicht und ist die größere Packung preisgünstiger, ist diese abzugeben und zu berechnen.

17. Im Rahmen des Entlassmanagements verordnete Produkte können analog zu § 39 Absatz 1a SGB V für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen abgegeben werden. Ist erkennbar darüber hinaus verordnet worden, kann der Leistungserbringer 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 Leistungserbringer auf dem Verordnungsblatt zu vermerken und abzuzeichnen.

18. Hat der Vertragsarzt ein Produkt ohne konkrete Nennung eines Produktanbieters oder der PZN verordnet oder die Ersetzung eines unter seinem Produktnamen verordneten Mittels ausdrücklich zugelassen, hat der Leistungserbringer unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V ein der Verordnung entsprechendes Produkt auszuwählen. Eine wirtschaftliche Auswahl liegt dann vor, wenn

- bei einer namentlichen Verordnung bzw. der Nennung der PZN durch den Arzt das ersetzende Produkt nicht teurer ist als das verordnete Produkt,
- bei einer produktneutralen Verordnung die Preise des abgegebenen Produktes im unteren Drittel der Preisspanne zwischen dem teuersten und dem günstigsten vergleichbaren Produkt liegen.

Auf dem Rezept muss immer die PZN des abgegebenen Mittels angegeben werden.

B. Abrechnungspreise

1. Sofern zwischen den Leistungserbringern und der AOK Baden-Württemberg keine eigene Preisvereinbarung abschlossen wurde, gelten die ortsüblichen Preise als maximale Abrechnungspreise. Höhere Preise sind mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) nicht zu vereinbaren.

2. Als ortsüblich sind die Preise anzusehen, die zwischen der AOK Baden-Württemberg und dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg im Arzneiversorgungsvertrag (AVV) vereinbart wurden und verbindlich für alle Apotheken in Baden-Württemberg gelten. Die jeweils aktuellen Preisregelungen werden im AOK-Gesundheitspartnerportal veröffentlicht (http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/apotheke/vertraege/index.html).

   Preisregelungen zum Stand 01.01.2021: siehe Anlage

C. Zuzahlung

1. Der Leistungserbringer erhebt vom Versicherten den zu zahlenden gesetzlichen Zuzahlungsbetrag (§ 31 Abs. 3 SGB V, § 61 SGB V). Die einbehaltenen Beträge sind bei der Rechnungslegung mit der AOK Baden-Württemberg zu verrechnen.

   Für Arzneimittel, bilanzierte Diäten und Verbandstoffe beträgt die Zuzahlung 10 % des Abgabepreises, mindestens 5,- Euro und höchstens 10.- Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Bei Arzneimitteln wird die die Zuzahlung je Packung berechnet, bei den übrigen Produkten berechnet sich die Zuzahlung aus den Gesamtkosten der Mittel je Position im Rezept (Zeilenwert).[2]

2. 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 nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Leistungserbringer nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte ausweislich der Versichertendaten das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder eine am Tage der Abgabe des verordneten Produkts gültige Bescheinigung der AOK Baden-Württemberg über die Befreiung von der Arzneimittelzuzah-

[2] Berechnung der Zuzahlung nach Zeilenwert: Sind beispielsweise 3 Packungen eines Verbandmittels mit einem Vertragspreis von je 40 Euro verordnet, berechnet sich die Zuzahlung nach dem Gesamtpreis der 3 Packungen (120 Euro). Sie beträgt also 10 Euro.

lung nach §§ 61, 62 SGB V vorlegt. Der Leistungserbringer trägt in diesem Fall im Verordnungsfeld der Vorderseite der Verordnung den Vermerk „Befreiungsausweis vom… vorgelegt“ auf und zeichnet dies mit seinem Namenskürzel ab.

3. Leistet der Versicherte die erforderliche Zuzahlung zum Zeitpunkt der Abgabe des Produktes nicht oder nicht in voller Höhe, erhält er durch den Leistungserbringer eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit einer Zahlungsfrist. Erfolgt innerhalb von vierzehn Tagen nach Zahlungsaufforderung keine Zahlung durch den Versicherten, kann der Leistungserbringer das Verordnungsblatt mit dem Vermerk "anhängiges Mahnverfahren nach § 43b SGB V" oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk abrechnen. Dabei bleibt die entsprechende Verordnung als gebührenpflichtig gekennzeichnet, die ausstehende Zuzahlung ist auf dem Verordnungsblatt mit dem Betrag „0,00 EUR“ im Zuzahlungsfeld auszuweisen. Erst danach ist die Verordnung abzurechnen. Der komplette Schriftwechsel des Mahnverfahrens ist der AOK Baden-Württemberg auf Anforderung zu übergeben.

D. Rechnungslegung

1. Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, soweit sie unter Einhaltung der Abgabebestimmungen erbracht wurden.

2. Die Rechnungslegung erfolgt einmal monatlich nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte. Sie umfasst die belieferten Verordnungen des vollen Liefermonats.

3. Eine Verordnung darf erst nach vollständiger Belieferung bzw. nach Ablauf des spätesten Belieferungszeitpunkts abgerechnet werden. Die Abrechnung von Teillieferungen und Nachberechnung von Restlieferungen ist nicht zulässig.

4. Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen der §§ 300 ff SGB V sowie der "Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einerseits und dem Deutschen Apothekerverband andererseits" (Abrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V) einschließlich der technischen Anlagen 1 bis 4 der in der jeweils gültigen Fassung. Die Vereinbarung einschl. der zugehörigen Anlagen ist unter http://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/apotheken/apotheken.jsp abrufbar.

5. Der Leistungserbringer versieht die Verordnung zum Zwecke der Abrechnung mit folgenden Angaben in maschinenlesbarer Form:

   a. Pharmazentralnummer (PZN) des abgegebenen Produktes
   b. Mengenbezeichnung = Faktor (Anzahl der Packungen)
   c. Bruttopreis je Zeile
   d. Gesamtbrutto
   e. Zuzahlung gesamt
   f. Abgabedatum (im dafür vorgesehenen Feld auf der Vorderseite des Rezepts)
   g. Institutionskennzeichen der abgebenden Stelle (IK)

   Das Fehlen der Angaben a bis g berechtigt die AOK Baden-Württemberg, den Rezeptbetrag im Wege der Retaxation auf 0,00 EUR zu kürzen. Eine erneute Abrechnung ist nach unverzüglicher Heilung möglich.

6. Die Rechnung besteht aus:
   a. einer Abrechnung in Papierform gemäß Nummer 7,
   b. den Daten gemäß Abschnitt 1 bis 11 der Technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung,
   c. den Verordnungsblättern im Original mit allen erforderlichen Angaben des Vertragsarztes und des Leistungserbringers nach der Vereinbarung nach § 5 der Vereinbarung nach § 300 SGB V und
   d. den digitalisierten Verordnungsblättern nach Maßgabe der Technischen Anlage 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung

7. Die Papierrechnung wird als monatliche Sammelrechnung für alle zu Lasten der AOK Baden-Württemberg belieferten Verordnungen für alle nach § 31 SGB V verordnungsfähigen Produkte erstellt und enthält neben den Mindestanforderungen gem. § 14 UStG folgende Informationen:
   a. Summen je Statusgruppe und Gesamtsumme
   b. Anzahl der abgerechneten Rezepte
   c. Bruttobetrag dieser Rezepte nach Statusgruppen
   d. Zuzahlung nach Statusgruppen
   e. Rechnungsbetrag netto (Brutto minus Abzüge, einschl. MwSt.)

8. Die Rechnungsbestandteile werden an folgende Adressaten gesandt:

   a. Papierrechnung und Verordnungsblätter:
      AOK Baden-Württemberg - Servicestelle Arzneimittelabrechnung und -prüfung
      Schorndorfer Straße 32 - 71332 Waiblingen (IK 108018132)
   b. Abrechnungsdaten gem. Nummer 6 b) und d)
      ITSCare - IT-Services für den Gesundheitsmarkt Schwarzwaldstr. 39 77933 Lahr
      (IK 108018007)

E. Beauftragung von Abrechnungszentren

Der Leistungserbringer kann zur Erfüllung seiner Verpflichtungen aus diesen Abrechnungsbestimmungen eine Abrechnungsstelle in Anspruch nehmen. Sofern die Abrechnung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (Art. 28 DSGVO) durch den Leistungserbringer auszuwählen.

Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei dem Auftragnehmer ist der AOK Baden-Württemberg auf Verlangen vorzulegen.

F. Rechnungsbegleichung und Rechnungsprüfung

1. Die Rechnung wird innerhalb von 28 Tagen nach Eingang der vollständigen Rechnung (Abschnitt D. Nummer 5. dieser Regelungen) durch die AOK Baden-Württemberg beglichen. Das Fehlen eines Bestandteils der Rechnung berechtigt die AOK Baden-Württemberg zur Abweisung der Rechnung.

2. Die Rechnung gilt im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit der Hingabe des Auftrags an das Kreditinstitut als beglichen.

3. Forderungen des Leistungserbringers gegenüber der AOK Baden-Württemberg dürfen nicht abgetreten oder verpfändet werden. Ausgenommen davon sind Abtretungen an das beauftragte Abrechnungszentrum.

4. Zahlungen an das beauftragte Abrechnungszentrum haben schuldbefreiende Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen dem Abrechnungszentrum und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

5. Die Zahlung erfolgt – auch wenn nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird – unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung.

6. Die Prüfung der Rechnung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit erfolgt innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem die Rechnungslegung erfolgte.

7. Die gleiche Frist (12 Monate) gilt auch für die Korrekturen des Leistungserbringers wegen fehlerhafter Abrechnung an die AOK Baden-Württemberg.

8. Werden bereits vor der Zahlung sachliche und rechnerische Mängel festgestellt, die zu Ab- oder Zusetzungen führen, wird der Rechnungsbetrag um die Differenzbeträge korrigiert. Enthält die Rechnung systematische Fehler kann sie komplett abgewiesen werden.

9. Bei sachlichen und rechnerischen Beanstandungen, die erst nach der Rechnungsbegleichung festgestellt werden, erfolgt die Verrechnung mit der nächstfolgenden Rechnung des Leistungserbringers. Ergibt sich zu Lasten des Leistungserbringers eine rechnerische oder sachliche Beanstandung und rechnet der Leistungserbringer zum Zeitpunkt der Festsetzung der Beanstandung nicht mehr über dasselbe Abrechnungszentrum ab, wird die Forderung gegenüber dem neuen Abrechnungszentrum geltend gemacht. Der Leistungserbringer hat diese Vorgehensweise mit seinem Abrechnungszentrum sicherzustellen.

10. Einsprüche gegen Rechnungskürzungen der AOK Baden-Württemberg können innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Eingang geltend gemacht werden. Die Einsprüche müssen schriftlich durch den Leistungserbringer gegenüber der AOK Baden-Württemberg erfolgen und begründet werden. Die AOK Baden-Württemberg hat über den Einspruch innerhalb von 2 Monaten nach Eingang zu entscheiden. Das Ergebnis ist dem Leistungserbringer mitzuteilen.

11. Beträge aus Rechnungsreduzierungen/-absetzungen durch die AOK Baden-Württemberg dürfen vom Leistungserbringer nicht dem Versicherten in Rechnung gestellt werden.

G. Datenschutz/Geheimhaltung

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten und personenbezogene Daten sowie diesen gleichgestellte Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse (§ 35 Abs. 4 SGB I) nur zur Erfüllung der sich aus diesen Abgabe- und Abrechnungsregelungen ergebenen Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

Anlage:

Preisregelungen für Sonstige Leistungserbringer – Stand 01.01.2021

Abgabe und Abrechnung Leistungen nach § 31 SGB V (Trink- und Sondennahrung, nicht apothekenpflichtige Arzneimittel, Diätetika, Testtreifen und Verbandstoffen)

A. Allgemeine Regelungen

1. Sofern zwischen den Leistungserbringern und der AOK Baden-Württemberg keine eigene Preisvereinbarung abschlossen wurde, gelten die ortsüblichen Preise als maximale Abrechnungspreise. Höhere Preise sind mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) nicht zu vereinbaren.

2. Als ortsüblich sind die Preise anzusehen, die zwischen der AOK Baden-Württemberg und dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg im Arzneiversorgungsvertrag (AVV) vereinbart wurden und verbindlich für alle Apotheken in Baden-Württemberg gelten.

3. Die jeweils aktuellen Preisregelungen werden im AOK-Gesundheitspartnerportal veröffentlicht: https://www.aok.de/gp/apotheker-pharmazeutisches-personal/vertraege-vereinbarungen/arzneiversorgungsvertrag

4. Soweit die Preisberechnung auf der Basis des Apothekeneinkaufspreises erfolgt, ist der Apothekeneinkaufspreis gemäß Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V bzw. gemäß ABDATA-Artikelstamm am jeweiligen Abgabetag maßgeblich.

Hinweise zum ABDA-Artikelstamm:
Nähere Informationen hierzu sind unter https://abdata.de/datenangebot/ zu finden.

Auf den ABDA-Artikelstamm bauen diverse Software-Angebote auf, die neben Preisinformationen auch weitergehende Informationen wie zum Beispiel zur Abgabefähigkeit von Produkten oder zu kassenspezifischen Lieferverträgen geben. Bekanntestes Beispiel ist hier die sog. „Lauer-Taxe" (https://www.cgm.com/lauer-fischer/loesungen_lf/lauer_taxe_lf/lauer_taxe.de.jsp).

Auch diverse Anbieter für Abrechnungssoftware haben diese Datenbanken in die Software integriert. Eventuell bietet auch Abrechnungszentren ihren Kunden Auszüge aus diesen Datenbanken an.

B. Preise (Stand 01.01.2021)

1. Ernährungstherapeutika (Abgabe nur nach Vertragsbeitritt)

- Elementardiäten und Sondennahrung: Apothekeneinkaufspreis zzgl. MwSt.
- Diätetika zur laufenden Behandlung von Enzymmangelkrankheiten: Apothekeneinkaufspreis + maximal 3 % zzgl. MwSt.

2. Verbandstoffe im Zusammenhang mit enteraler Ernährung (PEG-Versorgung - Abgabe nur nach Vertragsbeitritt)

Monatliche Versorgungspauschale Verbandmittel: 15 Euro zzgl. MwSt. - abzurechnen unter der PZN 02566852

3. Verbandstoffe (ohne PEG-Versorgung)

Apothekeneinkaufspreis + maximal 12 % zzgl. MwSt.
Hierbei ist es dem Leistungserbringer freigestellt, unabhängig vom Wortlaut der ärztlichen Verordnung unter vergleichbaren Produkten eine wirtschaftliche Auswahl zu treffen.

4. Medizinprodukte mit Arzneimittelcharakter, die nicht der AMPreisV unterliegen

Apothekeneinkaufspreis + maximal 20 % zzgl. MwSt., höchstens aber der Preis, der sich bei Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) netto zzgl. MwSt. ergibt.

5. Blutzuckerteststreifen

Preisgruppe 1
Teststreifen mit einem Apothekeneinkaufspreis bis 17,00 €

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

Preisgruppe 2
Teststreifen mit einem Apothekeneinkaufpreis von 17,01 € bis 20,10 €

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

Preisgruppe 3
Teststreifen mit einem Apothekeneinkaufspreis ab 20,11 €

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.

6. **Blutkoagulationsteststreifen (z.B. CoaguCheck®) und sonstige Harn- und Bluttest-streifen (z.B. Ketostix®)**
   Apothekeneinkaufspreis + 12 % zzgl. MwSt.