

Arzneilieferungsvertrag

Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V und zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V vom 01. April 2008

zwischen

dem Hessischen Apothekerverband e. V., Offenbach

- im folgenden "HAV" genannt -

einerseits

und

- **der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg**
- **dem BKK Landesverband Hessen, Frankfurt/Main**
für die Betriebskrankenkassen
- **der IKK Baden-Württemberg und Hessen, Landesdirektion Hessen,
Wiesbaden**
- **der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saar-
land, handelnd als Landesverband zugleich für die Krankenkasse für den
Gartenbau, Kassel**
- **der Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main**

- im folgenden „Krankenkassen“ genannt -

andererseits

Inhaltsübersicht

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Abgabebestimmungen
- § 4 Preisbasis
- § 5 Zuzahlung und Eigenbeteiligung
- § 6 Abschlag
- § 7 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung
- § 8 Einzelne Zuschläge
- § 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung
- § 10 Rechnungslegung
- § 11 Rechnungsbegleichung
- § 12 Weiterleitung der Verordnungsblätter
- § 13 Datenübermittlung
- § 14 Kostenregelung
- § 15 Zusatzvereinbarung über die Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und –übermittlung
- § 16 Beanstandungen
- § 17 Datenschutz
- § 18 Allgemeine Zusammenarbeit
- § 19 Meinungsverschiedenheiten
- § 20 Vertragsmaßnahmen
- § 21 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagen

- Anlage 1 Preisregelungen für Produkte nach § 1 Abs. 1 Nr. 1
- Anlage 2 Sprechstundenbedarf (inkl. Sonderpreisliste Verbandmittel Sprechstundenbedarf) nach § 1 Abs. 1 Nr. 2
- Anlage 3 Pharmazeutische Leistungen und Dienstleistungen
- Anlage 4 Beitrittserklärung zur Teilnahme am Vertrag
- Anlage 5 Änderungsmitteilung
- Anlage 6 Rechnungslegung in Papierform (§ 10 Abs. 2)
- Anlage 7 Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung nach § 15
- Anlage 8 Sonderpreisliste Verbandmittel

Aus Vereinfachungsgründen wird im Text die männliche Ausdrucksform der Berufsbezeichnung „Apotheker“ benutzt. Damit ist selbstverständlich auch die weibliche Berufsbezeichnung „Apothekerin“ gemeint.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt
 1. die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen (im folgenden „Versicherte“ genannt) mit Mitteln nach § 31 SGB V, diese sind
 - a) apothekenpflichtige Arzneimittel,
 - b) Verbandmittel,
 - c) Medizinprodukte gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V¹,
 - d) Diätetika nach § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V,
- (2) die Lieferung von Sprechstundenbedarf gemäß Anlage 2, aufgrund ärztlicher² Verordnungen.
- (3) Weitere pharmazeutische Dienstleistungen werden in Anlage 3 geregelt.
- (4) Gegenstand der Leistungen nach Abs. 1 sind die Annahme der ärztlichen Verordnung sowie die Abgabe der verordneten Mittel und die Abrechnung der Verordnungsblätter durch eine lieferungsberechtigte Apotheke. Das Fungieren einer Apotheke als reine Abrechnungsstelle ist nicht Gegenstand des Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die im Rubrum genannten Krankenkassen und für die öffentlichen Apotheken, deren Inhaber dem HAV angehören.
- (2) Öffentliche Apotheken, deren Inhaber nicht dem HAV angehören, sind an der Lieferung und Abrechnung gemäß den Regelungen dieses Vertrages nur dann beteiligt, wenn diese diesem Vertrag beitreten und ihn einschließlich seiner Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen sowie die Verträge nach § 129 Abs. 2 SGB V und § 300 SGB V in der jeweils geltenden Fassung gegen sich gelten lassen. Dies erklären die Inhaber gegenüber der von den Landesverbänden beauftragten Stelle schriftlich mit der vollständig

¹ Die Vertragspartner wirken gemeinsam daraufhin, dass die Angaben zu Produkten, die im ABDA-Artikelstamm als apothekenpflichtige Medizinprodukte gekennzeichnet sind, ohne die Voraussetzungen hierfür zu erfüllen, vom Hersteller korrigiert werden.

² Wenn in diesem Vertrag von Ärzten die Rede ist, so sind Vertragsärzte/Vertragszahnärzte gemeint.

ausgefüllten und unterzeichneten Beitrittserklärung nach Anlage 4. Sie verpflichten sich in eigener Verantwortung über die jeweils geltenden vertraglichen Regelungen zu informieren. Die Vertragspartner sind berechtigt, den Inhabern den Vertragstext und dessen Änderungen gegen eine angemessene Gebühr zur Verfügung zu stellen.

- (3) Öffentliche Apotheken, deren Inhaber weder dem HAV angehören noch dem Vertrag beigetreten sind, sind von der Lieferung und Abrechnung ausgeschlossen. Ein Zahlungsanspruch besteht nicht.
- (4) Inhaber von öffentliche Apotheken im Sinne dieses Vertrages sind die Eigentümer von Einzelapotheken, Hauptapotheken einschließlich der Filiale(n), Gesellschafter von in der Rechtsform einer OHG betriebenen Apotheken, Pächter sowie Verwalter.
- (5) Die Inhaber der an der Lieferung beteiligten Apotheken sind gemäß Anlage 5 verpflichtet, der von den Landesverbänden beauftragten Stelle und dem HAV nachfolgende Änderungen unverzüglich mitzuteilen: Inhaberwechsel, Institutionskennzeichen, Änderung der Abrechnungsstelle, Eröffnung oder Schließung einer Filialapotheke, Erlangen der Versandhandelserlaubnis, Stellen eines Insolvenzantrages.

Die Krankenkassen erhalten vom HAV ein Verzeichnis der am Tage des Inkrafttretens dieses Vertrages lieferungsberechtigten Mitgliedsapotheken. Der HAV unterrichtet die Krankenkassen monatlich nach dem Muster der Anlage 5 über Zu- und Abgänge an Mitgliedsapotheken sowie über Änderungen hinsichtlich der Apothekenleitung, Institutionskennzeichen, Änderung der Abrechnungsstelle, Eröffnung oder Schließung einer Filialapotheke, Erlangen der Versandhandelserlaubnis, Stellen eines Insolvenzantrages.

- (6) Die Krankenkassen informieren den HAV durch Übersendung einer Kopie über erteilte Lieferberechtigungen öffentlicher Apotheken, deren Inhaber nicht dem HAV angehören.
- (7) Die Bestimmungen dieses Vertrages sind gemäß Rahmenvertrag nach § 129 SGB V auch dann anzuwenden, wenn es sich um eine Krankenkasse außerhalb des Vertragsgebietes handelt.

§ 3 Abgabebestimmungen

Sämtliche Lieferungen bzw. Abgaben zu Lasten der Krankenkassen dürfen unter Berücksichtigung der entsprechenden gesetzlichen und rahmenvertraglichen Regelungen nach § 129 SGB V nur in einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Form unter Beachtung der ärztlichen Verordnung gemäß der nachstehenden Regelungen dieses Vertrages vorgenommen werden:

- (1) Die Abgabe erfolgt aufgrund einer ordnungsgemäß ausgestellten ärztlichen Verordnung zu Lasten der angegebenen Krankenkasse.
- (2) Ordnungsgemäß ist eine ärztliche Verordnung, wenn sie auf einem zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte und Zahnärzte nach § 87 SGB V vereinbarten Fassung (Muster 16) sowie den amtlichen Verordnungsblättern in der jeweils gültigen Fassung ausgestellt ist³, und wenn sie die folgenden Angaben enthält:
- a. Bezeichnung der Krankenkasse
 - b. Kassen-Nummer
 - c. Name, Vorname, Geburtsname und Anschrift des Versicherten
 - d. Versicherten-Nummer
 - e. Vertragsarzt-Nummer
 - f. Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte
 - g. Ausstellungsdatum
 - h. Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
 - i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
 - j. Kennzeichnung Unfall, soweit zutreffend
 - k. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
 - l. Kennzeichnung der Gebührenpflicht oder Gebührenbefreiung
 - m. Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
 - n. Bezeichnung der verordneten Mittel oder Wirkstoffe sowie Menge, Stärke und Darreichungsform; die Angabe der Stärke oder Darreichungsform kann fehlen, sofern sie durch die Bezeichnung des verordneten Mittels eindeutig bestimmt ist
 - o. Unterschrift des Vertragsarztes
 - p. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck

Änderungen und Ergänzungen, die sich aus § 5 Abs. 2 des Vertrages zu § 300 SGB V ergeben, sind zu berücksichtigen.

- (3) Die Angaben gemäß Absatz 2 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen; ein Fehlen einzelner Angaben nach Buchstaben a. oder b., c. oder d.⁴, e. bis f. und h. bis m. berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung. Diese Formfehler können im Einzelfall nach den in § 3 genannten Be-

³ Die Codierleiste ist freizuhalten; sie dient ausschließlich dem Zweck der EDV-technischen Bearbeitung der Verordnungsblätter.

⁴ Bei Anwendung des Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten als Angabe zu Buchstabe d. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln darf auf die Angabe von Namen und Vornamen des Versicherten nicht verzichtet werden.

stimmungen vor der Abrechnung vom Apotheker geheilt werden. Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen. Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.

- (4) Die Apotheken sind zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen Krankenkasse nicht verpflichtet, die angegebene Krankenkasse ist zur Zahlung verpflichtet. Maßgeblich ist das auf dem Verordnungsblatt angegebene Institutionskennzeichen der Krankenkasse. Forderungen der angegebenen Krankenkasse gegenüber Dritten bleiben hiervon unberührt. Im Ersatzverfahren ist nur die Bezeichnung der Krankenkasse anzugeben, bei durch den Arzt handschriftlich geänderter Kostenträgerbezeichnung ist das Institutionskennzeichen von der Apotheke zu streichen.
- (5) Nach der Vereinbarung zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte und Zahnärzte nach § 87 SGB V über Vordrucke in der ärztlichen Versorgung sind für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln getrennte Verordnungsblätter zu verwenden. Bei ärztlichen Verordnungen, die dennoch sowohl Arznei- als auch Hilfsmittel enthalten, dürfen entweder nur die Arzneimittel oder nur die Hilfsmittel⁵ abgegeben und abgerechnet werden. Die nicht abgegebenen Mittel sind auf dem Verordnungsblatt zu streichen.
- (6) Die Mittel dürfen nur abgegeben werden, wenn die Verordnung innerhalb von einem Monat nach Ausstellung der Verordnung in der Apotheke vorgelegt wird. Ausnahmen sind nur dann zulässig, wenn die Lieferung durch den Hersteller nicht innerhalb eines Monats erfolgt. Auf der Verordnung ist vom Apotheker ein entsprechender Vermerk mit Lieferdatum anzubringen. Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.
- (7) 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 Arzt als gebührenpflichtig oder nicht eindeutig als gebührenfrei gekennzeichnete Verordnung darf vom Apotheker nur dann als gebührenfrei behandelt werden, wenn der Versicherte eine am Tage der Abgabe gültige Bescheinigung der Krankenkasse über die Befreiung von der Arzneimittelzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V vorlegt; der Apotheker hat in diesem Fall unter Angabe seines Namenszeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflichtig“ zu korrigieren.

⁵ Die Abgabe und Abrechnung von Hilfsmitteln kann nur unter der Bedingung eines dafür entsprechend geschlossenen Vertrages erfolgen. Eine Belieferung und Abrechnung von Hilfsmitteln nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen.

- (8) Legt der Versicherte ein Privatrezept mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ vor, so hat der Apotheker bei der Belieferung dieser Verordnung die Bestimmungen dieses Vertrages zu beachten. Er kann vom Versicherten Barzahlung verlangen. Er ist verpflichtet, innerhalb eines Monats den gezahlten Betrag – gegebenenfalls abzüglich der zu leistenden Zuzahlung – dem Versicherten zu erstatten, wenn der Versicherte das Privatrezept gegen eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung umtauscht.

Der Apotheker hat diesen Umtausch und das tatsächliche Abgabedatum auf dem Verordnungsblatt zu vermerken. Die Privatverordnung ist von der Apotheke einzubehalten und zu vernichten bzw. zu entwerten.

- (9) Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, Lieferungen aufgrund gefälschter Verordnungen zu bezahlen, wenn die Fälschung bei Wahrnehmung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war. Liegen Anhaltspunkte vor, die den Verdacht einer Fälschung begründen oder ergeben sich sonstige Bedenken, ist die Apotheke verpflichtet, das Mittel vorerst nicht abzugeben und den Arzt zu informieren.
- (10) Ein fehlendes oder unvollständiges Ausstellungsdatum darf mit Ausnahme von Satz 3 dieser Regelung vom Apotheker nur auf Grund einer Rücksprache mit dem Arzt ergänzt bzw. korrigiert werden. Das Ergebnis der Rücksprache hat der Apotheker unter Nennung des Namens des Arztes und des Rücksprachedatums auf der Vorderseite des Verordnungsblattes zu vermerken. Eine Abänderung des Ausstellungsdatums ist jedoch unabhängig von einer Rücksprache mit dem Arzt ausgeschlossen, wenn es sich um eine mehr als einen Monat zurückliegende Datumsangabe handelt.
- (11) Die Apotheken sind grundsätzlich nicht zur Überprüfung der Verordnungsfähigkeit des verordneten Mittels verpflichtet. Zu Lasten der Krankenkassen dürfen nicht abgegeben werden:
1. Fertigarzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 SGB V („Negativliste“) von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind. Diese Abgabebeschränkung gilt nicht, sofern es sich um einen indikationsbezogenen Ausschluss gemäß Anlage 2 zu § 1 Abs. 2 und § 3 der „Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung“ handelt.
 2. Fertigarzneimittel, die nach § 31 Abs. 4 Satz 2 SGB V und § 2 Abs. 4 Packungsgrößenverordnung (PackungsV) („Jumbo-Packungen“) von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen sind, ausgenommen bei Verordnungen für den Sprechstundenbedarf,

3. Fertigarzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V („Lifestyle“), die in Anlage 8 der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V namentlich genannt sind,
4. nichtverschreibungspflichtige Fertigarzneimittel (sog. OTC-Liste), die nicht von den Richtlinien nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V erfasst sind, bei Verordnungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und die nicht als Sprechstundenbedarf verordnet werden.
5. Produkte gem. § 73 Abs. 3 AMG, es sei denn, der Versicherte legt der Apotheke eine entsprechende Genehmigung der Krankenkasse vor. Wird ein Verzicht auf entsprechende Genehmigung einer Krankenkasse gegenüber dem HAV und den Nichtmitgliedern schriftlich erklärt, entfällt die Genehmigungspflicht. Der Verzicht einer Krankenkasse ist jederzeit widerruflich.

Diese Ausschlüsse gelten nur, wenn die verordneten Produkte zum Zeitpunkt der Belieferung im ABDA-Artikelstamm entsprechend gekennzeichnet sind. Für Lifestyle-Produkte nach Ziff. 3 gilt der Ausschluss mit In-Kraft-Treten durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger.

- (12) Medizinprodukte, die keine Verband- oder Hilfsmittel sind, dürfen zu Lasten der Krankenkasse nicht abgegeben werden. Davon ausgenommen sind:
 - Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V
 - Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V, die im Rahmen des Sprechstundenbedarf verordnet werden
 - Medizinprodukte, für die in der Anlage 2 ein Preis vereinbart ist.
- (13) Entspricht die nach Stückzahl verordnete Menge keiner im Handel befindlichen Packungsgröße, so sind gemäß Rahmenvertrag nach § 129 SGB V, § 6 Abs. 2 nach wirtschaftlicher Auswahl aus den nach § 31 Abs. 4 SGB V zulässigen Packungsgrößen, verschreibungspflichtige Arzneimittel bis zur verordneten Menge abzugeben. Bei nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist die der verordneten Menge nächstliegende Packungsgröße abzugeben. Die Abgabe einer Teilmenge aus einer Fertigarzneimittelpackung (Auseinzelung) ist nur auf ausdrückliche ärztliche Anordnung einer Auseinzelung zulässig. Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.
- (14) Überschreitet die nach Stückzahl verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Packungsgrößenstufe nach der Packungsgrößenverordnung (PackungsV) ist gemäß dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V, § 6 Abs. 3 nur die größte nach den Packungsgrößenstufen bestimmte Packung oder ein Vielfaches dieser Packung, jedoch nicht mehr als die verordnete Menge abzugeben. Dies gilt nicht bei Ver-

ordnungen im Sprechstundenbedarf. Ein Vielfaches der größten Packung darf nur abgegeben werden, soweit der Arzt durch einen besonderen Vermerk auf die Abgabe der verordneten Menge hingewiesen hat.

- (15) Wird bei der Verordnung mehrerer Packungen der Inhalt der nächstgrößeren Packung erreicht, so ist diese abzugeben und zu berechnen. Das gleiche gilt sinngemäß bei der Abgabe von Verbandstoffen und Pflastern.
- (16) Ist eine ärztliche Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Darreichungsform (Tropfen, Dragees usw.) oder der Dosierung unvollständig oder ungenau und ist der Arzt nicht zu erreichen, so ist der Apotheker nur in dringenden Fällen berechtigt, diejenige Arzneiform oder Dosierung abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die Richtige hält. Das Verordnungsblatt ist vom Apotheker entsprechend zu ergänzen und abzuzeichnen. Ist mit dem Arzt Rücksprache gehalten worden, ist das Ergebnis der Rücksprache unter Nennung des Namens des Arztes sowie des Rücksprachedatums auf der Vorderseite des Verordnungsblattes zu vermerken und vom Apotheker abzuzeichnen. Fehlen entsprechende Ergänzungen, so ist nur die preiswertere Arzneiform oder die schwächere Dosierung abrechnungsfähig.
- (17) Werden dem Apotheker hinsichtlich der Menge abgeänderte oder ergänzte Verordnungen vorgelegt, so dürfen diese nur beliefert werden, wenn der Apotheker mit dem Arzt Rücksprache gehalten und das Ergebnis der Rücksprache unter Nennung des Namens des Arztes und des Rücksprachedatums auf der Vorderseite des Verordnungsblattes vermerkt und abgezeichnet hat. Ist der Arzt nicht erreichbar, ist die kleinere Packung abzugeben.
- (18) Wird dem Apotheker eine Verordnung vorgelegt, die keine Mengenangaben enthält ist die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben.
- (19) Verwendet der Arzt in der Verordnung eine Kurzbezeichnung (N1, N2, N3) entsprechend der Packungsgrößenverordnung (PackungsV) in der jeweils gültigen Fassung, so gilt für die Abgabe:
 - a) Wenn für die vom Arzt verwendete Kurzbezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der PackungsV durch Angabe einer Packungsgrößenstufe die Größe der Packung bestimmt ist, so ist eine Packung dieser Größe abzugeben und zu berechnen.
 - b) Sind von einem Fertigarzneimittel innerhalb einer Packungsgrößenstufe unter der Kurzbezeichnung unterschiedliche Packungsgrößen im Handel, so ist die kleinste dieser Packungsgrößen abzugeben und zu berechnen.

- c) Ist die Abgabe der kleinsten dieser Packungsgrößen unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht sinnvoll, hat der Apotheker mit dem Arzt Rücksprache zu halten; entscheidet sich der Arzt für die größere Packung innerhalb der Packungsgrößenstufe, hat der Apotheker dies unter Benennung des Namens des Arztes und des Rücksprachedatums auf der Vorderseite des Verordnungsblattes zu vermerken und abzuzeichnen.
- d) Ist das Fertigarzneimittel in der verordneten Packungsgrößenstufe im Handel nicht erhältlich, so ist ein Fertigarzneimittel der nächst kleineren Packungsgrößenstufe abzugeben.
- e) Wenn für die vom Arzt verwendete Kurzbezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der PackungsV die Größe der Packungen nicht bestimmt ist, so ist ein Fertigarzneimittel der nächst kleineren Packungsgrößenstufe oder das Fertigarzneimittel mit der kleinsten Packungsgröße abzugeben.
- (20) Verordnet der Arzt mehrere Packungen eines Fertigarzneimittels unter Verwendung einer Kurzbezeichnung (z.B. 2 x N2), so ist die nächst größere Packung dieses Fertigarzneimittels (z.B. 1 x N3) abzugeben, wenn bei namentlich bezeichneten Fertigarzneimitteln die Summe der verordneten Packungsmengen der Menge der nächst größeren Packungsgröße entspricht. Diese Bestimmung gilt bei Verordnung eines Arzneimittels unter Wirkstoffbezeichnung entsprechend.
- (21) Wird eine Rücksprache mit dem Arzt nach diesem Arzneilieferungsvertrag erforderlich [§ 3 Abs. 10 (Ausstellungsdatum), Abs. 16 (Darreichungsform und Dosierung), Abs. 17 (Menge), Abs. 19c (wirtschaftliche Packungsgröße)], ist das Ergebnis der Rücksprache unter Benennung des Namens des Arztes sowie des Rücksprachedatums auf der Vorderseite des Verordnungsblattes zu vermerken und vom Apotheker abzuzeichnen. Ein Fehlen dieser Angaben stellt eine nicht ordnungsgemäß ausgestellte und nicht abrechnungsfähige Verordnung dar. Ist eine Rücksprache mit dem Arzt nicht möglich, so kann der Apotheker, wenn ein dringender Fall vorliegt die Verschreibung insoweit unter Nennung der Gründe für die nicht erfolgte Rücksprache sachgerecht ergänzen und beliefern.
- (22) Den gesetzlichen und den jeweils gültigen rahmenvertraglichen (§ 129 Abs. 2 SGB V, dort § 8) Bestimmungen der Verpflichtung zur Preisangabe kommen die Apotheken nach.
- (23) Ist ein Preis nicht durch gesetzliche oder (rahmen-)vertragliche Regelungen bestimmt, so Bedarf es vor der Abgabe einer Einigung zwischen Apotheke und Krankenkasse über den Preis. Andernfalls besteht seitens der Apotheke kein Zahlungsanspruch.

- (24) Arzneimittel für die eine Vereinbarung nach § 130 a Abs. 8 SGB V besteht, können bis zu 2 Monate nach Beendigung dieser Vereinbarung zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden. Wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) eine abweichende Regelung getroffen, so wird die in Satz 1 vereinbarte Übergangsfrist durch die auf Bundesebene vereinbarte Regelung abgelöst.
- (25) Ist ein rabattbegünstigtes Arzneimittel in der Apotheke nicht verfügbar und macht ein dringender Fall die unverzügliche Abgabe eines Arzneimittels erforderlich (Akutversorgung, Notdienst), hat die Apotheke dies auf der Verschreibung zu vermerken, das vereinbarte Sonderkennzeichen nach § 4 Abs. 2 Satz 4 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V aufzutragen und ein Arzneimittel nach den Vorgaben des § 4 Abs. 4 des Rahmenvertrages abzugeben. Gleiches gilt in Fällen des § 17 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung.

§ 4 Preisbasis

Als Preisbasis liegt diesem Vertrag der ABDA-Artikelstamm zugrunde. Informationen zu Preisen und Aufschlägen nach diesem Vertrag erfolgen gemeinsam durch den HAV und die Krankenkassen an die ABDATA Pharma-Daten Service, Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH.

§ 5 Zuzahlung und Eigenbeteiligung

- (1) Der Apotheker zieht die vom Versicherten zu zahlende Zuzahlung nach § 31 SGB V sowie Eigenbeteiligungen nach § 27 a SGB V ein und verrechnet sie mit seinen Zahlungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen (§ 43 b Abs. 1 SGB V). Die Höhe der Zuzahlung richtet sich nach den Bestimmungen des § 61 SGB V.
- (2) Leistet der Versicherte die erforderliche Zuzahlung zum Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels nicht oder nicht in voller Höhe, erhält er durch den Apotheker eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit einer Zahlungsfrist von acht Tagen. Erfolgt innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Zahlungsaufforderung keine Zahlung durch den Versicherten, kann der Apotheker das Verordnungsblatt mit dem Vermerk „Zuzahlung trotz Mahnung nicht geleistet“ oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk abrechnen. Dabei bleibt die entsprechende Verordnung als gebührenpflichtig gekennzeichnet, die ausstehende Zuzahlung ist auf dem Verordnungsblatt im Zahlungsfeld auszuweisen.

Die Einziehung der noch ausstehenden Forderung gegen den Versicherten erfolgt durch die Krankenkasse. Der Apotheker liefert die hierfür notwendigen Angaben und Unterlagen (Verordnungsblattkopie und Mahnung) an die zuständige Krankenkasse. Diese erstattet die ausstehende Zuzahlung. Der Zahlungsanspruch des Apothekers gegenüber der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt.

- (3) Bei einer Verordnung im Rahmen von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung hat der Versicherte eine Eigenbeteiligung in Höhe von 50% des Apothekenabgabepreises zu leisten. Voraussetzung ist, dass der Arzt die Verordnung mit dem Vermerk „ § 27 a“ oder einem sonstigen eindeutigen Vermerk gekennzeichnet hat. Über diese Eigenbeteiligung hinaus fällt die Zuzahlung nach § 31 Abs. 3 SGB V nicht an.
- (4) Legt der Versicherte ein Quittungsheft zur Bestätigung von Zuzahlungen vor, dürfen vom Apotheker darin nur geleistete Zuzahlungen gem. § 31 SGB V i.V.m. § 61 SGB V quittiert werden. Stellt der Apotheker dem Versicherten Belege oder Bestätigungen in anderer Form aus, auf denen neben Zuzahlungen auch andere Beträge aufgeführt sind, hat der Apotheker die vorgenannten Zahlungen eindeutig zu kennzeichnen. Diese Belege müssen mindestens folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname des Versicherten, Art oder Bezeichnung des abgegebenen Mittels, Zuzahlungsbetrag, Datum der Abgabe, Name und Adresse der Apotheke (Stempel oder Aufdruck). Dies gilt auch für Sammelbelege.

§ 6 Abschlag

Der Apotheker gewährt den Krankenkassen folgende Abschläge:

1. den gesetzlichen Abschlag (Apothekenrabatt gemäß § 130 SGB V in der jeweils gültigen Fassung) auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis,
2. den gesetzlichen Abschlag (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen gemäß § 130a SGB V in seiner jeweils gültigen Fassung) auf den Herstellerabgabepreis für Arzneimittel.

§ 7 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung

- (1) Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) den Apotheken vorbehalten ist, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Die Abgabepreise für apothekenpflichtige, nicht verschrei-

bungspflichtige Arzneimittel sind nach der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung zu berechnen. Für die Preisberechnung ist der für den Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe/ABDA-Artikelstamm aufgeführte Herstellerabgabepreis maßgebend.

- (2) Für die Preisberechnung der auf Einzel- oder Sprechstundenbedarfsverordnungen gelieferten Arzneimittel, die der Apotheker herstellt bzw. zur Abgabe hergerichtet hat, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Die Gefäße sind im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu Lasten der Krankenkasse nicht berechnungsfähig. Für den zu berechnenden Preis ist der Tag der Abgabe des Arzneimittels maßgeblich.
- (3) Für die Preisberechnung der Arzneimittel nach §§ 43 Abs. 3, 44, 45, Abs. 1 und 47 Abs. 1 AMG und bei der Verordnung anderer Mittel sind die jeweils dazu in § 8 festgelegten Zuschläge auf den Apothekeneinkaufspreis gemäß Große Deutsche Spezialitäten-Taxe/ABDA-Artikelstamm am Tag der Abgabe sowie die entsprechenden Bestimmungen anzuwenden, soweit für die Mittel nicht besondere Preise vereinbart sind. Bei Direktbezug sind die Herstellerabgabepreise, Bezugsdatum und der Name der Lieferfirma (Hersteller) auf der Vorderseite des Verordnungsblattes zu vermerken, soweit der Preis nicht in der Großen Deutschen Spezialitäten-Taxe/ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist. Der Apotheker hat auf begründete Anforderung der Krankenkasse den Apothekeneinkaufspreis durch Vorlage der Einkaufsbelege nachzuweisen, soweit der Preis nicht im ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist oder sich nachvollziehbare Zweifel an der Richtigkeit des Einkaufspreises ergeben.
- (4) Für die Preisberechnung gilt der nach § 8 festgelegte Zuschlag auf den Apothekeneinkaufspreis, soweit für diese Mittel nicht besondere Preise vereinbart sind. Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend. Preislisten für Einzelverordnungen und/oder Sprechstundenbedarf, soweit keine Festbeträge bestehen, werden bei Bedarf für Verbandstoffe und Pflaster (§ 8) erstellt. In den Preislisten sind in jedem Fall pro Artikel/Artikelgruppe die Endpreise inklusive Mehrwertsteuer, die auf der Verordnung aufzutragen sind, angegeben. Sie sind speziell kenntlich zu machen. Beauftragte beider Vertragspartner legen in Listen die durchschnittlichen Einkaufspreise pro Artikel und/oder Artikelgruppe fest. Hierbei sind von den einschlägigen Firmen die Preislisten zu berücksichtigen. Für Verbandstoffe und Pflaster gelten geänderte Einkaufspreise mit Beginn des auf die Änderung folgenden Monats.
- (5) Ist für ein Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt und ist der Apothekenabgabepreis höher als der für dieses Arzneimittel festgesetzte Festbetrag, ist der Krankenkasse nur der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Dies gilt auch bei einer Verordnung im Sprechstundenbedarf. Die Differenz zwischen Festbetrag und Apothe-

- kenabgabepreis trägt der Versicherte; sie ist nicht mit dem Anspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen und darf nicht als Zuzahlung gemäß § 31 SGB V quittiert werden. Ist der Apothekenabgabepreis niedriger als der Festbetrag, so ist nur der Abgabepreis zu berechnen.
- (6) Ist die verordnete Menge geringer als der Inhalt der kleinsten Packung, so ist der Apotheker berechtigt, die kleinste im Handel befindliche Packung zu berechnen.
 - (7) Unvermeidbare Porti, Zölle und andere Kosten der Beschaffung von Arzneimitteln, die üblicherweise weder in der Apotheke noch im Großhandel vorrätig gehalten werden, können die Apotheken berechnen (§ 8 Arzneimittelpreisverordnung). Angaben hierzu (Lieferant u. a.) sind auf der Vorderseite der Verordnung zu vermerken. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Rechnung vorzulegen. Die Abrechnung der Beschaffungskosten hat mit der Sonderpharmazentralnummer gemäß der Anlage 1 des Vertrages zu § 300 SGB V zu erfolgen. Fax und Telefongebühren werden nicht erstattet. Übermittlung von Lieferungen an Berechtigte, Porto und Telekommunikationsgebühren für Rückfragen wegen ungenauer Verordnung werden von den Krankenkassen nicht bezahlt.
 - (8) Das Entgelt nach § 6 der Arzneimittelpreisverordnung in der jeweils geltenden Fassung kann unter den dort bezeichneten Voraussetzungen mit der Krankenkasse abgerechnet werden, sofern der Arzt auf dem Verordnungsblatt den entsprechenden Vermerk „cito“ oder „noctu“ oder einen ähnlichen Vermerk angebracht hat. In allen anderen Fällen ist das zusätzliche Entgelt vom Abholer zu entrichten. Wird das Entgelt berechnet, so ist die Zeit der Inanspruchnahme der Apotheke auf der Vorderseite der Verordnung zu vermerken und vom diensttuenden Apotheker abzuzeichnen. Bei gleichzeitiger Vorlage mehrerer Verordnungsblätter ist das Entgelt nur einmal zu berechnen.
 - (9) Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen ist, können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag gemäß § 7 Arzneimittelpreisverordnung berechnen.
 - (10) Allen Preisen gemäß § 8 nach diesem Vertrag ist die am Tag der Abgabe jeweils gültige Mehrwertsteuer hinzuzufügen, soweit sich aus den Vorschriften zur Preisberechnung nichts anderes ergibt oder nichts anderes vereinbart ist.
 - (11) Bei den vereinbarten Zuschlägen bzw. Preisen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen handelt es sich um Höchstzuschläge bzw. Höchstpreise. Der Apotheker hat auf begründete Anforderung der Krankenkasse den Apothekeneinkaufspreis durch Vorla-

ge der Einkaufsbelege nachzuweisen, soweit der Preis nicht im ABDA-Artikelstamm aufgeführt ist oder sich nachvollziehbare Zweifel an der Richtigkeit des Einkaufspreises ergeben.

- (12) Außer der gesetzlichen Zuzahlung und anderen gesetzlich vorgesehenen Selbstbeteiligungsbeiträgen, wie z.B. Noctu-Gebühr, Mehrkosten im Sinne des § 31 Absatz 2 SGB V dürfen keine weiteren Zuzahlungen vom Versicherten für die Abgabe von Mitteln nach diesem Vertrag gefordert werden.
- (13) Die Einzelberechnung der Rezepturen gemäß § 9 Arzneimittelpreisverordnung ist ausschließlich auf der Vorderseite der Verordnung anzubringen.
- (14) Für die Berechnung nicht abgeholter Arzneimittel und Verbandstoffe gelten folgende Bestimmungen:
 1. Das Verordnungsblatt ist mit dem Vermerk „nicht abgeholt“ zu versehen.
 2. Fertigarzneimittel und Verbandstoffe können mit Ausnahme von Ziffer 3 grundsätzlich nicht berechnet werden.
 3. In Rechnung gestellt werden können:
 - a) Rezepturmäßig hergestellte Arzneimittel mit dem vollen Preis.
 - b) Selten verordnete Fertigarzneimittel, die besonders beschafft werden mussten und die vom Lieferanten nicht zurückgenommen wurden, mit dem Einkaufspreis und den nachgewiesenen Beschaffungskosten zuzüglich des gesetzlichen Abschlages sowie der jeweils geltenden Umsatzsteuer.
 - c) Fertigarzneimittel und Verbandstoffe, die üblicherweise nicht in einer Apotheke vorrätig gehalten werden und die vom Lieferanten nur unter Berücksichtigung eines Abschlages als Bearbeitungsgebühr zurückgenommen werden, können von den Apotheken in Höhe der Bearbeitungsgebühr zuzüglich des gesetzlichen Abschlages sowie der jeweils geltenden Umsatzsteuer berechnet werden.

§ 8 Einzelne Zuschläge

Die Preisberechnung für Mittel nach § 1 Abs. 1 und Abs. 2 regeln die Anlagen 1, 2 und 8.

§ 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen der „Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (nachstehend „Vereinbarung nach § 300 SGB V“ genannt). Ergänzend zu dieser Vereinbarung gelten die Bestimmungen dieses Vertrages. Die Abrechnung erfolgt in einer einheitlichen Abrechnung.
- (2) Die Abrechnung der Apotheke kann aufgrund ordnungsgemäß ausgestellter Verordnungen (§ 3 Absatz 2) erfolgen, die zusätzlich folgende Angaben zu enthalten haben:
 - a) Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
 - b) (Mengen)-Faktor
 - c) Bruttopreis je verordnetem Mittel, abrechnungsfähig nach §§ 31 Absatz 2 und 129 SGB V
 - d) Gesamt-Brutto (nach Buchstabe c.)
 - e) (Gesamt-) Betrag der gesetzlichen Zuzahlung
 - f) Institutionskennzeichen der Apotheke nach § 293 SGB V
 - g) Apothekenstempel oder entsprechender Aufdruck
 - h) Abgabedatum
 - i) Beleg-Nummer des Verordnungsblattes

Änderungen und Ergänzungen die sich aus § 5 Abs. 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V ergeben sind zu berücksichtigen.

Ergänzend gilt:

Die Verwendung von Sonderkennzeichen gemäß Technischer Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 300 SGB V ist nur zulässig, wenn für das Mittel im ABDA-Artikelstamm kein reguläres Kennzeichen aufgeführt ist.

Werden Verordnungsblätter ohne Beachtung der Bestimmungen zur Verwendung der Sonderkennzeichen abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Gesamtbrut-

tobetrag dieser Verordnungsblätter (ggf. bereinigt um Taxkorrekturen) um 5 € je Verordnungszeile zu kürzen.

(3) Die Abrechnung erfolgt getrennt nach

1. Versichertenverordnungen

- a) Arzneimittel
- b) Impfstoffe

2. Sprechstundenbedarf

- a) Arzneimittel
- b) Impfstoffe
- c) Zahnarztanforderungen

- (4) Die Abrechnung der Apotheke kann durch Apothekenrechenzentren oder sonstige Abrechnungsstellen erfolgen. Die Abrechnungsstelle teilt der von den Krankenkassen genannten Stelle Beginn und Ende der Abrechnung durch die Abrechnungsstelle mit.
- (5) Sofern die Abrechnung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (§ 9 Bundesdatenschutzgesetz) durch die Apotheke auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung bei dem Auftragnehmer ist der von den Krankenkassen benannten Stelle vorzulegen.

§ 10 Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung der Apotheke erfolgt monatlich bis spätestens zum 20. eines Monats (Rechnungseingang bei der Krankenkasse) nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, an die von den Krankenkassen benannten Stellen.

Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 befreit die Krankenkassen nicht von ihrer Zahlungsverpflichtung.

Werden einzelne Verordnungsblätter mehr als einen Monat nach Ablauf dieser Frist abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Gesamtbruttobetrag dieser Verordnungsblätter um 5 Euro je Verordnungszeile, bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und anderen Mitteln nach § 1 Abs. 1 um zehn Prozent des Apo-

thekeabgabepreises zu kürzen, insgesamt jedoch je Abrechnungsmonat und Krankenkasse höchstens um 50 Euro, es sei denn, die Apotheke kann darlegen, dass eine fristgerechte Einreichung der Rechnung nicht möglich war; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 11 Abs. 1 Ziffer 2 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V sind ausgeschlossen.

Irrläufer sind von dieser Regelung nicht betroffen.

- (2) Die Rechnung hat neben dem Namen, der Anschrift und dem Institutskennzeichen des Kostenträgers und der Apotheke sowie dem Rechnungsdatum folgende Angaben zu enthalten:
- a) Rechnungsnummer
 - b) Gesamtbetrag brutto
 - c) Gesamtbetrag des Abschlages nach § 6
 - d) Gesamtbetrag Zuzahlung
 - e) Gesamtbetrag netto
 - f) Gesamtzahl der Verordnungsblätter

Die Rechnung wird auf elektronischen Datenträgern oder per Datenfernübertragung entsprechend Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V⁶ übermittelt. Die ordnungsgemäße Übermittlung der Rechnungsdaten wird von der annehmenden Stelle unverzüglich quittiert oder die Fehlerhaftigkeit der Datenübermittlung wird spätestens einen Werktag nach Eingang mitgeteilt.

§ 11 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen der Apotheken oder der von diesen beauftragten Abrechnungsstellen nach den §§ 9 und 10 sind innerhalb von 10 Kalendertagen (Valuta) nach Eingang bei den von den Krankenkassen benannten Stellen zahlbar⁷.

Als Eingangstag gilt bei persönlicher Übergabe oder bei Datenfernübertragung der Tag der Ablieferung, bei der Übersendung durch die Post der Eingangsstempel der von der Krankenkasse benannten Stelle.

⁶ Hierzu gehört der Nachrichtentyp RECP mit folgenden Datensegmenten: UNA, UNB, UNH, REC, RES, GEP, UNT, und UNZ.

⁷ Die Anlieferung erfolgt bis auf weiteres wie bislang in der Unterteilung der Gruppen nach § 9 Abs. 3 ; innerhalb der Verordnungen nach § 12 Abs. 3 Nr. 1 a) nach der Höhe der Gesamtbruttobeträge der Verordnungen und zwar > 1000,00 €, 150,-- bis 1000,-- €, < 150,-- €. BVG-Verordnungen werden gesondert geliefert.

- (2) Fällt der Zahltag auf einen Sonnabend, einen Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (3) Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich auch später festgestellter Beanstandungen; sie steht weiterhin unter dem Vorbehalt der ordnungsgemäßen Datenübermittlung nach der Vereinbarung nach § 300 SGB V.
- (4) Zahlungen an von der Apotheke beauftragte Abrechnungsstellen erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet ist.

§ 12 Weiterleitung der Verordnungsblätter

Die Verordnungsblätter müssen spätestens bis zum Ablauf des der Lieferung folgenden Kalendermonats bei den Krankenkassen oder bei den von diesen benannten Stellen eingehen⁷.

§ 13 Datenübermittlung

- (1) Die Übermittlung der Daten auf magnetischen Datenträgern bzw. per Datenfernübertragung nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt bis spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte.
- (2) Die Verordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) bis zu 4 Wochen nach Ablauf des Abrechnungsmonats auf Abruf bereitzuhalten und der Krankenkasse auf Verlangen am Ort der Imageerstellung zur Verfügung zu stellen. Nach Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkasse sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere 6 Wochen aufzubewahren. Abweichende Vereinbarungen über den Abruf der Images können zwischen den Vertragspartnern getroffen werden.

§ 14 Kostenregelungen

- (1) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale in Höhe von 0,0187 € zuzüglich Mehrwertsteuer je digitalisiertem Verordnungsblatt (§ 7 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V). Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungslegung nach § 10 Abs.

Seite 20 von 26

1 geltend gemacht und ist im Zeitpunkt der Rechnungsbegleichung nach § 11 zu zahlen.

- (2) Für die Berechnung des Mehraufwandes, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht (§ 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), gelten die Regelungen des § 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V, in Verbindung mit der zwischen den Vertragspartnern getroffenen ergänzenden Vereinbarung.

Der Mehraufwand wird mit der Rechnung des zweiten Monats, der dem Kalendermonat der Lieferung folgt, in Rechnung gestellt und ist zusammen mit dieser Rechnung zu begleichen.

§ 15 Zusatzvereinbarungen über die Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung

- (1) Rechenzentren, die eine Zulassung nach dem Testverfahren zum Datenaustausch gemäß § 300 SGB V erhalten haben und die Anforderungen nach Anlage 7 erfüllen, rechnen nach den Bestimmungen dieser Anlage ab.
- (2) Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten nicht, soweit Anlage 7 abweichende Bestimmungen enthält.

§ 16 Beanstandungen

- (1) Die Krankenkassen prüfen gemäß § 11 Abs. 3 die Rechnungen und die rechnungsbegründenden Unterlagen innerhalb von 15 Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem der Apotheker die Verordnung beliefert hat, auf rechnerisch und sachlich unrichtig angesetzte Beträge. Die Prüfung hat sowohl Differenzen zugunsten als auch zuungunsten der Apotheken bzw. der Krankenkassen zu berücksichtigen.
- (2) Der Grund der Beanstandung wird den Apotheken unter Beifügung der Rezeptkopie/Image schriftlich mitgeteilt.

Die Beanstandung muss folgende Angaben enthalten:

- Institutionskennzeichen der Apotheke (IK-Nummer)
- TA3-/PIC-/ID-Nummer o.ä. der Verordnung
- Beanstandete Pharmazentralnummer/Angabe der Verordnungszeile
- Grund der Beanstandung

- Betrag der Beanstandung brutto/netto
- Retax-/Gutschriftsumme

Bei Irläuferezepten sind die Verordnungsblätter im Original beizufügen.

- (3) Die Bestimmungen nach Abs. 3 gelten auch dann, wenn ein Dienstleister mit der Rechnungsprüfung beauftragt wird.
- (4) Innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Beanstandungen in der Apotheke können von der Apotheke unter Angabe der Gründe Einsprüche in schriftlicher Form geltend gemacht werden. Sie können auch über den HAV erfolgen. Der Einspruch muss zusätzlich folgende Angaben enthalten:
 - Institutionskennzeichen der Apotheke (IK-Nummer)
 - TA3-/PIC-/ID-Nummer o.ä. der Verordnung
 - Betroffene Pharmazentralnummer/Angabe der Ordnungszeile
 - Einspruchsbetrag brutto/netto
- (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 schriftlich mitzuteilen, im Falle des Abs. 4 Satz 2 dem HAV.
- (6) Bis zu einer Entscheidung über den Einspruch nach Abs. 5 sind die Krankenkassen nicht berechtigt einen Abzug vorzunehmen.
- (7) Werden die Fristen nach Abs. 4 und 5 überschritten, gelten die Beanstandungen bzw. die Einsprüche als anerkannt.
- (8) Die Verrechnung von anerkannten Beanstandungen werden durch die beauftragten Abrechnungsstellen mit der nächsten Abrechnung verrechnet.

§ 17 Datenschutz

- (1) Der Apotheker unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht; ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der Apotheker hat seine Mitarbeiter zur Beachtung dieser Schweigepflicht anzuhalten.

- (2) Der Apotheker verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (3) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Leistungen dürfen nur im Rahmen der im § 300 SGB V genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden.

§ 18 Allgemeine Zusammenarbeit

- (1) Die Versicherten oder Ärzte dürfen weder von den Apotheken zu Lasten der Krankenkassen noch von den Krankenkassen zu Gunsten bestimmter Apotheken/Lieferanten unrechtmäßig beeinflusst werden. Die §§ 13,14 und 15 SGB I sowie die §§ 73 Abs. 8, 129 Abs. 5 Satz 3 und 305 Abs. 3 SGB V bleiben hiervon unberührt. Dies bezieht sich auch auf die Zuweisung von Verordnungen an einzelne Apotheken/Lieferanten.
- (2) Der Apotheker darf mit Ärzten keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die insbesondere die Zuführung von Versicherten oder die Belieferung ihrer Verordnungen zum Gegenstand haben.
- (3) Eine in der Apotheke vorgelegte Verordnung darf von den Krankenkassen weder selbst beliefert noch zur Belieferung an einen Dritten weitergeleitet werden, sofern die Apotheke zu den Preisen dieses Vertrages lieferbereit ist.
- (4) Absätze 1 bis 3 gelten auch für Verordnungen über Sprechstundenbedarf.
- (5) Der HAV unterrichtet in angemessener Frist seine Mitglieder über Änderungen dieses Vertrages einschließlich der Zusatzvereinbarungen, Nachträge, Protokollnotizen etc..
- (6) Vertragsleistungen der Krankenkasse(n) oder die Krankenkasse(n) als solche dürfen von der Apotheke bzw. dem HAV nicht abgewertet werden. Dies gilt auch für die Bewertung der Vertragsleistungen der Apotheken durch die Krankenkassen. Die Vertragspartner verpflichten sich, Angelegenheiten, die nach diesem Vertrag allein zwischen den Vertragspartnern zu regeln sind, weder schriftlich noch mündlich gegenüber den Versicherten zu kommunizieren. Hierzu gehören insbesondere Informationen über verhängte Vertragsstrafen oder Beanstandungen von Abrechnungen. Eine über die sachgerechte Information und Beratung bezüglich der Arzneimittel

oder anderer Produkte hinausgehende Beeinflussung der Versicherten und Ärzte, sich bestimmte Mittel entsprechend § 1 Abs. 1 dieses Vertrages zu Lasten der Krankenkasse verordnen zu lassen bzw. zu verordnen, ist ebenfalls unzulässig.

§ 19 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über die Anwendung des Arzneilieferungsvertrages einschließlich der Zusatzvereinbarungen, Nachträge, Protokollnotizen etc. sowie über die Anwendung gesetzlicher oder gesetzesgleicher Vorschriften werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Krankenkassen und dem HAV möglichst in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 20 Vertragsmaßnahmen

- (1) Es gilt § 11 Vertragsmaßnahmen des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Unberührt ist der Anspruch der Krankenkasse auf Schadenersatz.

§ 21 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich der Anlagen tritt am 01.04.2008 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende, frühestens aber zum 30.09.2009, schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung durch einen einzelnen Landesverband berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages gegenüber den übrigen Landesverbänden.
- (2) Die Vertragsbedingungen gelten bis zum Abschluss eines neuen Vertrages weiter, längstens jedoch sechs Monate.
- (3) Die Vereinbarung nach § 14 Abs. 2 sowie die Anlagen 1, 2, 3 und 8 können gesondert entsprechend den dort genannten Fristen gekündigt werden.
- (4) Dieser Vertrag tritt an die Stelle des Arzneilieferungsvertrages in der Fassung vom 01.07.2007.

- (5) 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.
- (6) Beim Inkrafttreten neuer gesetzlicher Vorschriften, die Teile dieses Vertrages oder den gesamten Vertrag unmittelbar berühren, sind die Beteiligten bereit, unverzüglich über die Anpassung dieses Vertrages zu verhandeln.
- (7) Änderungen bedürfen der Schriftform.

Hessischer Apothekerverband e. V.

Offenbach, den

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Bad Homburg, den

BKK Landesverband Hessen

Frankfurt, den

IKK Baden-Württemberg und Hessen, Landesdirektion Hessen

Wiesbaden, den

Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland,
handelnd als Landesverband zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau

Kassel, den

Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main

Frankfurt, den

Anlage 1

Preisregelung für Produkte nach § 1 Abs. 1 Nr. 1

Ist zur Preisberechnung gemäß „AMPreisV“ vereinbart, so ist bei verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln die AMPreisV in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung anzuwenden. Bei nicht verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln findet die AMPreisV in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung Anwendung.

- (1) Arzneimittel, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung nur in Apotheken abgegeben werden dürfen (§§ 43 Abs. 3, 44 und 45 Abs. 1 AMG):

Zuschlag bei

- Einzelverordnung 37,75 % netto
max. (AEK + AMPreisV) x 0,95 netto

- (2) Blutkonzentrate, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophiliebehandlung bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPreisV):

Zuschlag bei

- Einzelverordnung 1 % max. 50,00 € je Verordnungszeile

- (3) Aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a AMG), soweit diese Arzneimittel nicht von Absatz 2 erfasst werden:

Zuschlag bei

- Einzelverordnung (AEK + AMPreisV)

- (4) Arzneimittel, die zur Anwendung bei der Dialyse Nierenkranker bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPreisV), soweit diese Arzneimittel nicht von Absatz 5 erfasst werden:

Zuschlag bei

- Einzelverordnung 4,5 % netto

- (5) Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Einsatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind, sowie Lösungen zur Hämodialyse und Peritonealdialyse (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c AMG):

Zuschlag bei

- Einzelverordnung (AEK + AMPreisV)

- (6) Röntgenkontrastmittel und andere Zubereitungen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen, sowie radioaktive Arzneimittel (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d und e AMG):

Anlage 1

Zuschlag bei

- Einzelverordnung (AEK + AMPPreisV)

(7) Krankenkost und Diätpräparate

Zuschlag bei

- Einzelverordnung 3,5 % mengenunabhängig linear je Verordnungszeile netto

Für die Lieferung von Sondennahrung bei dem Einsatz von Ernährungspumpen und deren Zubehör können Apotheken besondere Verträge schließen.

(8) Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG oder § 1 Nrn. 3 a und 4 AMPPreisV:

Zuschlag bei

- Einzelverordnung AMPPreisV

(9) Verbandstoffe und Pflaster

Zuschlag bei

- Einzelverordnung 10 % max. (AEK + AMPPreisV) x 0,95 netto

Sonderpreislisten sind zu beachten

(10) Medizinprodukte gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V

- Einzelverordnung 20 % netto

(11) Mittel die nicht unter § 1 Abs. 1 Nr. 1 a) bis d) dieses Vertrages fallen, sind nicht Gegenstand dieser Anlage.

(12) Bei den hier vereinbarten Preisen handelt es sich um Höchstpreise. Auf Preise nach diesen Regelungen können dem Versicherten neben der Zuzahlung nach § 5 dieses Vertrages keine weiteren Kosten berechnet werden.

(13) Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, unabhängig von einer Kündigung des Arzneilieferungsvertrages, frühestens jedoch zum 31.12.2008, gekündigt werden.

Preisregelung für Produkte nach § 1 Abs. 1 Nr. 2

Ist zur Preisberechnung gemäß „AMPreisV“ vereinbart, so ist bei verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln die AMPreisV in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung anzuwenden. Bei nicht verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln findet die AMPreisV in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung Anwendung.

- (1) Arzneimittel, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung nur in Apotheken abgegeben werden dürfen (§§ 43 Abs. 3, 44 und 45 Abs. 1 AMG):

Zuschlag bei

- Sprechstundenbedarfsverordnung 14 % netto

- (2) Aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a AMG), soweit diese Arzneimittel nicht von Absatz 2 erfasst werden:

Zuschlag bei

- Sprechstundenbedarfsverordnung 4,5 % netto

- (3) Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Einsatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind, sowie Lösungen zur Hämodialyse und Peritonealdialyse (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c AMG):

Zuschlag bei

- Sprechstundenbedarfsverordnung bis 10 Stück 9,25 % netto
ab 11 Stück 4,5 % netto

- (4) Röntgenkontrastmittel und andere Zubereitungen, die ausschließlich dazu bestimmt sind, die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen, sowie radioaktive Arzneimittel (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. d und e AMG):

Zuschlag bei

- Sprechstundenbedarfsverordnung bis 9 Stück 14 % netto
ab 10 Stück 4,5 % netto

- (5) Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG oder § 1 Nrn. 3 a und 4 AMPreisV:

Zuschlag bei

- Sprechstundenbedarfsverordnung
Grippeimpfstoff bis 10 Stück 3,5 % netto
ab 11 Stück 1 % netto

Anlage 2

Sonstige Impfstoffe	Ohne Mengenbegrenzung bis EK 300,00 € größer EK 300,00 €	5 % netto 2 % netto
(6) Verbandstoffe und Pflaster		
Zuschlag bei		
• Sprechstundenbedarfsverordnung, soweit die Mittel nicht in der verein- barten Sonderpreisliste aufgeführt sind:		7 % netto
(7) Medizinprodukte gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V		
• Sprechstundenbedarfsverordnung		10 % netto
(8) Mittel die nicht unter § 1 Abs. 1 Nr. 1 a) bis d) dieses Vertrages fallen, sind nicht Gegenstand dieser Anlage.		
(9) Bei den hier vereinbarten Preisen handelt es sich um Höchstpreise. Auf Preise nach diesen Regelungen können dem Versicherten neben der Zuzahlung nach § 5 dieses Vertrages keine weiteren Kosten berechnet werden.		
(10) Diese Anlage kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, unabhängig von einer Kündigung des Arzneilieferungsvertrages, frühestens jedoch zum 31.12.2008, gekündigt werden.		

Sonderpreisliste Sprechstundenbedarf, gültig ab:

01.01.2007

Pos	Artikelbezeichnung	AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.		
1	Breitlonguetten, 5m lang				
	1 Stück 10 x 1 Stück	40 cm	113,30 €	134,83 €	
		60 cm	167,35 €	199,15 €	
		80 cm	219,33 €	261,00 €	
		20 x 1 Stück	40 cm	214,67 €	255,46 €
		60 cm	317,08 €	377,33 €	
		80 cm	415,57 €	494,53 €	
	2	Longuetten, 4-fach gelegt, 20 m lang			
		1 Stück	10 cm	46,49 €	55,32 €
			12 cm	55,24 €	65,74 €
		15 cm	67,67 €	80,53 €	
		20 cm	91,58 €	108,98 €	
3 x 1 Stück		10 cm	132,12 €	157,22 €	
		12 cm	157,02 €	186,85 €	
		15 cm	192,32 €	228,86 €	
		20 cm	260,27 €	309,72 €	
3		Longuetten 100 4-fach gelegt, 25 m lang			
	1 Stück	10 cm	57,58 €	68,52 €	
		12 cm	66,62 €	79,28 €	
		15 cm	79,66 €	94,80 €	
		20 cm	105,45 €	125,49 €	
	3 x 1 Stück	10 cm	163,64 €	194,73 €	
		12 cm	189,33 €	225,30 €	
		15 cm	226,41 €	269,43 €	
		20 cm	299,71 €	356,65 €	
	4	Gipsbinden, 2 m lang (5 x 2) = 10 Stück	6 cm	8,73 €	10,39 €
		8 cm	9,62 €	11,45 €	
		10 cm	11,70 €	13,92 €	
		12 cm	13,26 €	15,78 €	
		15 cm	15,95 €	18,98 €	
		20 cm	20,79 €	24,74 €	

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
	20 Stück	6 cm	16,54 €	19,68 €	
		8 cm	18,22 €	21,68 €	
		10 cm	22,16 €	26,37 €	
		12 cm	25,11 €	29,88 €	
		15 cm	30,23 €	35,97 €	
		20 cm	39,39 €	46,87 €	
	5 Gipsbinden, 3 m lang (5 x 2) =	8 cm	13,49 €	16,05 €	
	10 Stück	10 cm	16,12 €	19,18 €	
		12 cm	18,44 €	21,94 €	
		15 cm	22,01 €	26,19 €	
		20 cm	29,09 €	34,62 €	
	20 Stück	8 cm	25,87 €	30,79 €	
		10 cm	30,90 €	36,77 €	
		12 cm	35,33 €	42,04 €	
		15 cm	42,18 €	50,19 €	
		20 cm	55,77 €	66,37 €	
	6 Gipsbinden, 4 m lang (5 x 2) =	8 cm	17,86 €	21,25 €	
	10 Stück	10 cm	21,22 €	25,25 €	
		12 cm	24,21 €	28,81 €	
		15 cm	29,25 €	34,81 €	
		20 cm	38,70 €	46,05 €	
	20 Stück	8 cm	34,23 €	40,73 €	
		10 cm	40,67 €	48,40 €	
		12 cm	46,41 €	55,23 €	
		15 cm	56,07 €	66,72 €	
		20 cm	74,19 €	88,29 €	
	7 Heftpflaster, textil, z.B. Leukoplast				
	5 m lang	1 x 24 x	1,25 cm	26,32 €	31,32 €
		1 x 12 x	2,50 cm	19,71 €	23,45 €
		1 x 6 x	5,00 cm	17,97 €	21,38 €
		3 x 24 x	1,25 cm	74,80 €	89,01 €
		3 x 12 x	2,50 cm	56,01 €	66,65 €
		3 x 6 x	5,00 cm	51,05 €	60,75 €

Sprechstundenbedarfpreislste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
	9,2 m lang	1 x 24 x 1 x 12 x 1 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	31,93 € 31,99 € 31,84 €	38,00 € 38,07 € 37,89 €
	z.B. Omniplast				
	9,2 m lang	1 x 5 x 1 x 5 x 1 x 2 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	6,60 € 13,25 € 10,38 €	7,85 € 15,77 € 12,35 €
8	Heftpflaster, Kunstseide				
	z.B. Leukosilk				
	5 m lang	1 x 24 x 1 x 12 x 1 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	30,18 € 25,20 € 23,39 €	35,91 € 29,99 € 27,83 €
		3 x 24 x 3 x 12 x 3 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	85,79 € 71,62 € 66,47 €	102,09 € 85,23 € 79,10 €
	9,2 m lang	1 x 24 x 1 x 12 x 1 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	33,05 € 32,87 € 33,08 €	39,33 € 39,12 € 39,37 €
	z.B. Omnisilk				
	9,2 m lang	1 x 5 x 1 x 5 x 1 x 2 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	6,75 € 13,47 € 10,98 €	8,03 € 16,03 € 13,07 €
9	Heftpflaster, Folie transparent				
	z.B. Leukofix				
	5 m lang	1 x 24 x 1 x 12 x 1 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	28,82 € 24,70 € 22,40 €	34,30 € 29,39 € 26,66 €
	9,2 m lang	1 x 24 x 1 x 12 x 1 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	30,69 € 30,50 € 30,41 €	36,52 € 36,30 € 36,19 €
10	Heftpflaster, Folie transparent, wasserdicht				
	z.B. Leukoflex				
	5 m lang	1 x 24 x 1 x 12 x 1 x 6 x	1,25 cm 2,50 cm 5,00 cm	36,05 € 30,06 € 28,07 €	42,90 € 35,77 € 33,40 €

Sprechstundenbedarfspreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.
11	Heftpflaster, Vliesstoff f.empfindliche Haut z.B. Leukopor			
	5 m lang	1 x 24 x 1,25 cm	28,57 €	34,00 €
		1 x 12 x 2,50 cm	24,63 €	29,31 €
		1 x 6 x 5,00 cm	22,27 €	26,50 €
	auf Kunststoffspule			
	9,2 m lang	1 x 24 x 1,25 cm	29,81 €	35,47 €
		1 x 12 x 2,50 cm	29,63 €	35,26 €
		1 x 6 x 5,00 cm	29,75 €	35,40 €
12	Fixierbinde, kohäsiv, elastisch, div. Farben			
	z.B. Gazofix Color			
	1 Stück	20 m lang 6 cm breit	6,62 €	7,88 €
		8 cm breit	7,55 €	8,98 €
	hautfarben			
	z.B. Gazofix			
	1 Stück	20 m lang 4 cm	6,13 €	7,29 €
		6 cm	6,60 €	7,85 €
		8 cm	7,49 €	8,91 €
		10 cm	8,55 €	10,17 €
		12 cm	10,25 €	12,20 €
	5 x 1 Stück	4 cm	29,05 €	34,57 €
		6 cm	31,29 €	37,24 €
		8 cm	35,47 €	42,21 €
		10 cm	40,50 €	48,20 €
		12 cm	48,55 €	57,77 €
13	Fixierbinde, 100 % BW, nackt, z.B. Gazomull			
	20 Stück	4 m lang 6 cm	21,52 €	25,61 €
		8 cm	24,54 €	29,20 €
		10 cm	26,09 €	31,05 €
		12 cm	31,08 €	36,99 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Gültig ab 01.01.2007
Stand 01.03.2005

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.
14	Fixierbinde, superelastisch nackt, z.B. Pehacrepp			
	20 Stück	4 m lang		
		4 cm	4,60 €	5,47 €
		6 cm	4,89 €	5,82 €
		8 cm	5,35 €	6,37 €
		10 cm	6,55 €	7,79 €
		12 cm	9,15 €	10,89 €
	100 Stück			
		6 cm	23,85 €	28,38 €
		8 cm	26,30 €	31,30 €
		10 cm	32,14 €	38,25 €
15	Fixierpflaster, breitflächig, Vliesstoff, Acrylat-Kleber, elast. gerollt z.B. Curafix			
	1 Stück	10 m lang		
		5 cm breit	8,11 €	9,65 €
		10 cm breit	14,17 €	16,86 €
		15 cm breit	19,81 €	23,57 €
		20 cm breit	25,52 €	30,37 €
		30 cm breit	35,68 €	42,46 €
16	Idealbinden, DIN 61 632, Schlingkanten, nackt			
	10 Stück	5 m lang		
		6 cm	18,03 €	21,46 €
		8 cm	23,34 €	27,77 €
		10 cm	29,68 €	35,32 €
		12 cm	37,36 €	44,46 €
		15 cm	45,84 €	54,55 €
	20 Stück			
		6 cm	34,18 €	40,67 €
		8 cm	44,21 €	52,61 €
		10 cm	56,23 €	66,91 €
		12 cm	70,80 €	84,25 €
		15 cm	86,85 €	103,35 €
17	Injektionspflaster			
	z.B. Curaplast sensitiv			
	250 St.	2 x 4 cm	11,28 €	13,42 €
	starr, z.B. Hansaplast			
	100 St.		5,38 €	6,40 €
	3 x 100 St		15,83 €	18,84 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung	AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.
	Vlies, z.B. Hansamed		
	100 St.	5,60 €	6,66 €
	3 x 100 St.	16,44 €	19,56 €
18	Mullbinden, ZW/BW, DIN 61 631		
	nackt		
	20 Stück 4 m lang 4 cm	6,13 €	7,29 €
	6 cm	6,24 €	7,43 €
	8 cm	6,86 €	8,16 €
	10 cm	8,42 €	10,02 €
	12 cm	11,95 €	14,22 €
	5 x 20 Stück 6 cm	29,54 €	35,15 €
	8 cm	32,50 €	38,68 €
	10 cm	39,88 €	47,46 €
19	Mullbinden, elastisch		
	Fixierbinden, Synthetik z.B. Lastotel		
	20 Stück 4 m lang 4 cm	6,13 €	7,29 €
	6 cm	6,49 €	7,72 €
	8 cm	7,15 €	8,51 €
	10 cm	8,73 €	10,39 €
	12 cm	12,19 €	14,51 €
	100 Stück 6 cm	30,13 €	35,85 €
	8 cm	33,21 €	39,52 €
	10 cm	40,60 €	48,31 €
20	Mullbinden, elastisch		
	100 % BW, nackt, z.B. Pehalast		
	20 Stück 4 m lang 4 cm	7,64 €	9,09 €
	6 cm	9,17 €	10,91 €
	8 cm	10,10 €	12,02 €
	10 cm	11,93 €	14,20 €
	12 cm	15,32 €	18,23 €
	5 x 20 Stück 6 cm	43,45 €	51,71 €
	8 cm	47,83 €	56,92 €
	10 cm	56,50 €	67,24 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
21	Mullbinden, elastisch, kohäsiv, z.B. Pehahaft, Askina				
	1 Stück	1 x 20 m	6 cm	6,02 €	7,16 €
			8 cm	6,97 €	8,29 €
			10 cm	7,75 €	9,22 €
			12 cm	9,41 €	11,20 €
		3 x 20 m	6 cm	17,13 €	20,38 €
			8 cm	19,80 €	23,56 €
			10 cm	22,01 €	26,19 €
			12 cm	26,74 €	31,82 €
22	Mullkompressen, eingeschlagene Schnittkanten ,Btl., 8-fach gelegt, steril				
	(25 x 2) =		5 x 5 cm	2,62 €	3,12 €
	50 Stück		7,5 x 7,5 cm	3,07 €	3,65 €
			10 x 10 cm	3,98 €	4,74 €
			10 x 20 cm	7,35 €	8,75 €
	(50 x 2) =		5 x 5 cm	4,90 €	5,83 €
	100 Stück		7,5 x 7,5 cm	5,74 €	6,83 €
			10 x 10 cm	7,46 €	8,88 €
			10 x 20 cm	13,89 €	16,53 €
	8-fach gelegt, unsteril				
	100 Stück		5 x 5 cm	1,71 €	2,03 €
			7,5 x 7,5 cm	2,73 €	3,25 €
			10 x 10 cm	3,93 €	4,68 €
	12-fach gelegt, unsteril				
	100 Stück		5 x 5 cm	2,34 €	2,78 €
			7,5 x 7,5 cm	3,93 €	4,68 €
			10 x 10 cm	5,95 €	7,08 €
			10 x 12,5 cm	9,28 €	11,04 €
			10 x 20 cm	14,24 €	16,95 €
	16-fach gelegt, unsteril				
	100 Stück		5 x 5 cm	3,17 €	3,77 €
			7,5 x 7,5 cm	5,28 €	6,28 €
			10 x 10 cm	9,46 €	11,26 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Gültig ab 01.01.2007
Stand 01.03.2005

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
23	Klebemull, luftdurchlässig, z.B. Fixomull, - stretch 1 Stück 10 m lang	5 cm	7,14 €	8,50 €	
		10 cm	12,35 €	14,70 €	
		15 cm	17,34 €	20,63 €	
		20 cm	22,11 €	26,31 €	
		30 cm	31,64 €	37,65 €	
		z.B. Fixomull stretch 1 Stück 20 m lang	10 cm	23,65 €	28,14 €
		15 cm	33,62 €	40,01 €	
		20 cm	42,85 €	50,99 €	
	24	Krepppapierbinden 20 Stück 4 m lang	6 cm	7,15 €	8,51 €
			8 cm	7,69 €	9,15 €
			10 cm	8,37 €	9,96 €
			12 cm	9,88 €	11,76 €
15 cm			11,22 €	13,35 €	
5 x 20 Stück			6 cm	33,85 €	40,28 €
		8 cm	36,43 €	43,35 €	
		10 cm	39,63 €	47,16 €	
		12 cm	46,78 €	55,67 €	
		15 cm	53,18 €	63,28 €	
25		Mulltupfer, steril	pflaumengroß 20 Stück	2,62 €	3,12 €
			eigroß 10 Stück	2,36 €	2,81 €
	extragroß 10 Stück		4,29 €	5,11 €	
	haselnußgroß 150 Stück		10,34 €	12,30 €	
	walnußgroß 150 Stück		12,86 €	15,30 €	
26	Mulltupfer, unsteril	haselnußgroß 1000 Stück	32,20 €	38,32 €	
		walnußgroß 1000 Stück	39,84 €	47,41 €	
		pflaumengroß 500 Stück	31,42 €	37,39 €	
		eigroß 500 Stück	47,44 €	56,45 €	
		extragroß 500 Stück	64,25 €	76,46 €	
		faustgroß 250 Stück	48,75 €	58,01 €	

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
27	Pflasterbinden, längselastisch, Synthesekautschuk-Kleber z.B. Porelast				
	5 x 1 Stück	2,5 m lang	6 cm	32,29 €	38,43 €
			8 cm	38,95 €	46,35 €
			10 cm	46,78 €	55,67 €
	1 x 10 Stück		6 cm	59,25 €	70,51 €
			8 cm	70,63 €	84,05 €
			10 cm	85,76 €	102,05 €
	5 x 10 Stück		6 cm	280,65 €	333,97 €
			8 cm	334,57 €	398,14 €
			10 cm	406,20 €	483,38 €
28	Pflasterbinden, längselastisch, Polyacrylat-Kleber z.B. Porelast-Acryl				
	5 x 1 Stück	2,5 m lang	6 cm	32,72 €	38,94 €
			8 cm	41,10 €	48,91 €
			10 cm	50,68 €	60,31 €
	1 x 10 Stück	2,5 m lang	6 cm	60,97 €	72,55 €
			8 cm	75,16 €	89,44 €
			10 cm	92,77 €	110,40 €
	5 x 10 Stück	2,5 m lang	6 cm	288,78 €	343,65 €
			8 cm	355,99 €	423,63 €
			10 cm	439,45 €	522,95 €
29	Pflasterbinden, querelastisch, Synthesekautschuk-Kleber, z.B. Porodress				
	5 Stück	2,5 m lang	6 cm	29,64 €	35,27 €
			8 cm	36,62 €	43,58 €
			10 cm	43,91 €	52,25 €
	10 Stück		6 cm	58,06 €	69,09 €
			8 cm	71,72 €	85,35 €
			10 cm	86,02 €	102,36 €
	50 Stück		6 cm	274,99 €	327,24 €
			8 cm	339,74 €	404,29 €
			10 cm	407,43 €	484,84 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.
30	Pflasterbinden, querelastisch, Zinkoxid-Kautschuk-Klebmasse, z.B. Elastoplast			
	5 x 1 Stück 2,5 m lang	6 cm	32,31 €	38,45 €
		8 cm	38,68 €	46,03 €
		10 cm	46,73 €	55,61 €
	1 x 12 Stück 2,5 m lang	6 cm	72,28 €	86,01 €
		8 cm	86,45 €	102,88 €
		10 cm	104,28 €	124,09 €
	5 x 12 Stück	6 cm	342,40 €	407,46 €
		8 cm	409,46 €	487,26 €
		10 cm	493,95 €	587,80 €
31	Pflasterbinden, längs- und querelastisch, Synthese-Kautschuk-Kleber z.B. Panelast			
	5 Stück 2,5 m lang	6 cm	39,50 €	47,01 €
		8 cm	49,11 €	58,44 €
		10 cm	60,26 €	71,71 €
	10 Stück	6 cm	77,38 €	92,08 €
		8 cm	96,20 €	114,48 €
		10 cm	118,03 €	140,46 €
	50 Stück	6 cm	366,57 €	436,22 €
		8 cm	455,69 €	542,27 €
		10 cm	559,09 €	665,32 €
32	Pflasterbinden, längs- und querelastisch, Polyacrylat-Kleber z.B. Panelast-Acryl			
	5 Stück 5 m lang	6 cm	41,69 €	49,61 €
		8 cm	51,75 €	61,58 €
		10 cm	63,20 €	75,21 €
	10 Stück	6 cm	81,65 €	97,16 €
		8 cm	101,35 €	120,61 €
		10 cm	123,80 €	147,32 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Gültig ab 01.01.2007
Stand 01.03.2005

Seite 10

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
	50 Stück	6 cm	386,76 €	460,24 €	
		8 cm	480,07 €	571,28 €	
		10 cm	586,41 €	697,83 €	
33	Schlauchverband, Fingerverband z.B. Stülpa				
	100 St.	(2 x 50)	20,02 €	23,82 €	
	z.B. tg				
	100 St.	(2 x 50)	28,07 €	33,40 €	
34	Schlauchverband, Rollen z.B. Stülpa				
	1 Stück	3 x 15 m lg	Gr. 0 R	10,75 €	12,79 €
			Gr. 1 R	15,01 €	17,86 €
			Gr. 2 R	17,74 €	21,11 €
			Gr. 3 R	22,64 €	26,94 €
			Gr. 4 R	27,31 €	32,50 €
			Gr. 5 R	36,29 €	43,19 €
		3 x 6 m lg	Gr. 6 R	38,54 €	45,86 €
			Gr. 7 R	45,60 €	54,26 €
			Gr. 8 R	50,91 €	60,58 €
		5 x 15 m lg	Gr. 0 R	16,99 €	20,22 €
			Gr. 1 R	23,71 €	28,21 €
			Gr. 2 R	28,01 €	33,33 €
			Gr. 3 R	35,75 €	42,54 €
			Gr. 4 R	43,11 €	51,30 €
			Gr. 5 R	57,31 €	68,20 €
		5 x 6 m lg	Gr. 6 R	60,86 €	72,42 €
			Gr. 7 R	72,01 €	85,69 €
			Gr. 8 R	80,38 €	95,65 €
35	Schlauchverband, Rollen z.B. tg				
	1 Stück	3 x 20 m lg	Größe 1	17,15 €	20,41 €
			Größe 2	18,39 €	21,88 €
			Größe 3	22,21 €	26,43 €
			Größe 5	24,94 €	29,68 €
			Größe 6	28,22 €	33,58 €
			Größe 7	32,27 €	38,40 €
			Größe 9	37,58 €	44,72 €
		3 x 10 m lg	Größe K 1	68,61 €	81,65 €
			Größe K 2	75,31 €	89,62 €

Gültig ab 01.01.2007
Stand 01.03.2005

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.
36	Netzschlauchverband z.B. Stülpafix			
	1 Stück	1 x 25 m		
		Gr. 1	16,33 €	19,43 €
		Gr. 2	24,30 €	28,92 €
		Gr. 3	38,22 €	45,48 €
		Gr. 4	66,86 €	79,56 €
		Gr. 5	73,66 €	87,66 €
		3 x 25 m		
		Gr. 1	46,41 €	55,23 €
		Gr. 2	69,07 €	82,19 €
		Gr. 3	108,63 €	129,27 €
		Gr. 4	190,03 €	226,14 €
		Gr. 5	209,36 €	249,14 €
37	Netzschlauchverband z.B. tg-fix Netzverband			
	1 Stück	1 x 25 m		
		Gr. A	16,26 €	19,35 €
		Gr. B	24,17 €	28,76 €
		Gr. C	38,15 €	45,40 €
		Gr. D	69,65 €	82,88 €
		Gr. E	80,56 €	95,87 €
		3 x 25 m		
		Gr. A	46,23 €	55,01 €
		Gr. B	68,68 €	81,73 €
		Gr. C	108,42 €	129,02 €
		Gr. D	197,94 €	235,55 €
		Gr. E	228,96 €	272,46 €
38	Netzschlauchverband, hochelastisch z.B. Elastofix			
	1 Stück	1 x 25 m		
		Gr. A	25,46 €	30,30 €
		Gr. B	38,78 €	46,15 €
		Gr. C	69,82 €	83,09 €
		Gr. D	78,18 €	93,03 €
		3 x 25 m		
		Gr. A	72,35 €	86,10 €
		Gr. B	110,21 €	131,15 €
		Gr. C	198,43 €	236,13 €
		Gr. D	222,21 €	264,43 €
39	Tamponadebinden, unsteril			
	10 Stück	5 m lang		
		1 cm	7,27 €	8,65 €
		2 cm	9,33 €	11,10 €
		5 cm	15,12 €	17,99 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
40	Verbandmull, DIN 61 630-VM 20, 20-fädig, 80 cm breit 1 Stück	5 m	6,77 €	8,06 €	
		10 m	13,08 €	15,57 €	
		40 m	39,74 €	47,29 €	
41	Polsterbinden, aus Watte BW / ZW 1 Stück 10 x 5 m lg	10 cm	24,17 €	28,76 €	
		15 cm	32,74 €	38,96 €	
42	Synthetik-Wattebinden bauschelastisch, z.B. Rolta	50 Stück 3 m lang 6 cm	38,63 €	45,97 €	
		50 Stück 10 cm	62,34 €	74,18 €	
		50 Stück 15 cm	96,57 €	114,92 €	
		25 Stück 25 cm	80,99 €	96,38 €	
		besonders weich, z.B. Rolta soft			
		50 Stück 3 m lang 6 cm	47,59 €	56,63 €	
		30 Stück 10 cm	46,31 €	55,11 €	
		20 Stück 15 cm	45,74 €	54,43 €	
		10 Stück 25 cm	38,57 €	45,90 €	
		43	hochgebauschte Polsterbinde synthetische Fasern z.B. Artiflex	50 Stück 3 m lang 6 cm breit	59,09 €
30 Stück 10 cm breit	51,99 €			61,87 €	
20 Stück 15 cm breit	50,23 €			59,77 €	
15 Stück 20 cm breit	54,66 €			65,05 €	

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
44	Vliespolsterbinde synthetische Fasern z.B. Artiflex soft				
	70 Stück	3 m lang	4 cm breit	52,04 €	61,93 €
	50 Stück		6 cm breit	43,82 €	52,15 €
	30 Stück		10 cm breit	41,95 €	49,92 €
	20 Stück		15 cm breit	41,07 €	48,87 €
	15 Stück		20 cm breit	44,38 €	52,81 €
45	Synthetikwatte-Binden Polyester, z.B. Cellona				
	3 x 10 m		40 cm breit	71,10 €	84,61 €
	5 x 10 m		40 cm breit	112,26 €	133,59 €
	108 Stück	3 m lang	4 cm breit	85,09 €	101,26 €
	72 Stück		6 cm breit	67,36 €	80,16 €
	48 Stück		10 cm breit	70,90 €	84,37 €
	36 Stück		15 cm breit	78,88 €	93,87 €
46	Vliesstoffkompressen z.B. Dispomed L unsteril				
	100 Stück	4-fach	5 x 5 cm	2,73 €	3,25 €
			7,5 x 7,5 cm	4,44 €	5,28 €
			10 x 10 cm	6,91 €	8,22 €
			10 x 20 cm	12,89 €	15,34 €
		6-fach	5 x 5 cm	4,18 €	4,97 €
			7,5 x 7,5 cm	7,04 €	8,38 €
			10 x 10 cm	11,15 €	13,27 €
			10 x 20 cm	22,37 €	26,62 €
	steril				
	100 St. =	4-fach	5 x 5 cm	7,53 €	8,96 €
	50 x 2 St		7,5 x 7,5 cm	8,47 €	10,08 €
			10 x 10 cm	10,97 €	13,05 €
			10 x 20 cm	24,79 €	29,50 €
		6-fach	5 x 5 cm	11,26 €	13,40 €
			7,5 x 7,5 cm	13,77 €	16,39 €
			10 x 10 cm	21,70 €	25,82 €
			10 x 20 cm	43,32 €	51,55 €

Sprechstundenbedarfpreislite

Pos	Artikelbezeichnung		AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.	
47	Wundschnellverband starr, standard, CLASSIC				
	5 m lang	3 x 5 m	4 cm	13,23 €	15,74 €
		3 x 5 m	6 cm	16,54 €	19,68 €
		3 x 5 m	8 cm	20,08 €	23,90 €
48	Wundschnellverband elastisch,				
	5 m lang	3 x 5 m	4 cm	19,87 €	23,65 €
		3 x 5 m	6 cm	25,65 €	30,52 €
		3 x 5 m	8 cm	30,28 €	36,03 €
49	Wundschnellverband Vlies, f.empfindliche Haut				
	5 m lang	3 x 5 m	4 cm	21,11 €	25,12 €
		3 x 5 m	6 cm	27,46 €	32,68 €
		3 x 5 m	8 cm	33,37 €	39,71 €
50	Verbandzellstoff, DAB hochgebleicht				
		1.000 gr		11,05 €	13,15 €
		5.000 gr		33,91 €	40,35 €
		15.000 gr		69,72 €	82,97 €
51	Verbandzellstoff, DAB ungebleicht				
		1.000 gr		5,20 €	6,19 €
		5.000 gr		21,27 €	25,31 €
		15.000 gr		49,11 €	58,44 €
52	Zellstoffmullkompressen gerollt	10 m lang			
		10 cm breit		5,53 €	6,58 €
		15 cm breit		7,75 €	9,22 €
		28 cm breit		16,08 €	19,14 €
53	Zellstofftupfer				
	1.000 Stück	4 x 5 cm		4,73 €	5,63 €
	125 Stück	8 x 10 cm		2,39 €	2,84 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pos	Artikelbezeichnung			AVK Euro ohne MWSt.	AVK Euro mit 19% MWSt.
54 Zinkleimbinden,					
	5 m lang	10 cm breit	5 Stück	27,81 €	33,09 €
			10 Stück	52,69 €	62,70 €
	7 m lang	10 cm breit	5 Stück	33,52 €	39,89 €
			10 Stück	63,52 €	75,59 €
	10 m lang	10 cm breit	5 Stück	43,40 €	51,65 €
			10 Stück	82,23 €	97,85 €
55 Zinkleimbinden, längs- u.querelastisch					
	5 m lang	10 cm breit	5 Stück	27,54 €	32,77 €
			10 Stück	52,19 €	62,11 €
	7 m lang	10 cm breit	5 Stück	33,21 €	39,52 €
			10 Stück	62,93 €	74,89 €
	10 m lang	10 cm breit	5 Stück	43,16 €	51,36 €
			10 Stück	81,78 €	97,32 €
56 Ideal-Zinkleimbinden elastisch,					
	5 m lang	8 cm breit	5 Stück	63,92 €	76,06 €
			10 Stück	121,12 €	144,13 €
57 Infusionsbestecke zur Schwerkraftinfusion DIN 58 362-IG-G z.B. Intrafix Air					
			10 Stück	9,35 €	11,13 €
			50 Stück	44,18 €	52,57 €
			100 Stück	83,16 €	98,96 €
58 Infusionskanülen entspr. DIN 58362/3 z.B. Venofix III					
			10 Stück	3,94 €	4,69 €
			50 Stück	18,60 €	22,13 €
			100 Stück	35,01 €	41,66 €

Sprechstundenbedarfpreisliste

Pharmazeutische Leistungen und Dienstleistungen

(noch nicht vereinbart)

**Beitrittserklärung zur Teilnahme an dem Arznelieferungsvertrag für
das Land Hessen**

Als Inhaber/in/Pächter/in/Verwalter/in*) der

Apotheker(in):	
Apotheke:	
IK Nummer:	
Apotheken - Anschrift:	
sowie der/den Filialapotheke(n)	
Filialapotheke(n)name:	
Filialapotheke(n)anschrift:	
Filialapotheke(n)name:	
Filialapotheke(n)anschrift:	
Filialapotheke(n)name:	
Filialapotheke(n)anschrift:	

beantrage ich die Erteilung einer Lieferungsberechtigung gemäß des Rahmenvertrages zu § 129 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Deutschen Apothekerverband e. V. in der jeweils gültigen Fassung und den Arznelieferungsvertrag für das Land Hessen zwischen dem Hessischen Apothekerverband e. V. und den Verbänden der Primärkassen in der jeweils gültigen Fassung, sowie den Arznelieferungsvertrag zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem AEV-Arbeiterersatzkassen-Verband e. V. und dem Deutschen Apothekerverband e. V. in der jeweils gültigen Fassung. Sämtliche Anlagen, Erläuterungen, Protokollnotizen, zusätzliche Regelungen sowie etwaige Nachträge zu diesen Verträgen oder deren Neufassungen erkenne ich für die Dauer der Lieferungsberechtigung für mich als verbindlich an und verpflichte mich, die geschlossenen Vereinbarungen zu erfüllen.

Ich gehöre dem Hessischen Apothekerverband e.V. nicht als Mitglied an.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

**Bitte im Original unter Beifügung einer Kopie der Betriebserlaubnis der Apotheke senden an:
AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Abteilung Arzneimittel/Heilmittel, Kölner Str. 8, 65760 Eschborn**

**Bitte in Kopie senden an:
Hessischer Apothekerverband e.V., Strahlenbergerstraße 112, 63067 Offenbach**

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.

Änderungsmitteilung

Name der Apotheke	IK Nummer	PLZ, Ort, Straße

Bisheriger Pächter/Inhaber:		
Name des neuen Inhabers/Pächters/Verwalters *):		
Mitglied im HAV:	<input type="checkbox"/>	ja, seit
	<input type="checkbox"/>	nein
Namensänderung der Apotheke:		
Adressänderung:	PLZ, Ort, Straße	
Apotheke geschlossen ab:		
Änderung der Abrechnungsstelle ab:		
Neue Apotheke/Filialapotheke ab:		
IK Nummer 1:		
IK Nummer 2:		
IK Nummer 3:		
Erlangen der Versandhandelserlaubnis:	<input type="checkbox"/>	ja, seit
	<input type="checkbox"/>	nein
Stellung eines Insolvenzantrages am :		

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Bitte im Original senden an:

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Abteilung Arzneimittel/Heilmittel, Kölner Str. 8, 65760 Eschborn

Bitte in Kopie senden an:

Hessischer Apothekerverband e.V., Strahlenbergerstrasse 112, 63067 Offenbach

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.

Rechnungslegung in Papierform (§ 10 Abs. 2)

1. Rechnung

- (1) Die Rechnung hat Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Kostenträgers und der Apotheke sowie das Rechnungsdatum zu enthalten.

Die Rechnung ist gemäß Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V nach folgenden Gruppen zu unterteilen:

a) Für die einzelnen Krankenkassen

100	=	Mitglieder (M)
300	=	Familienangehörige (F)
500	=	Rentner und Angehörige (R)
600	=	BVG
710 ¹	=	Hilfsmittel/Mitglieder
730 ¹	=	Hilfsmittel/Familienangehörige
750 ¹	=	Hilfsmittel/Rentner
810	=	Impfstoffe/Mitglieder
830	=	Impfstoffe/Familienangehörige
850	=	Impfstoffe/Rentner

b) Für die mit der Sprechstundenbedarfsabrechnung beauftragte Kasse:

790 ¹	=	Hilfsmittel/Sprechstundenbedarf
890	=	Impfstoffe/Sprechstundenbedarf
900	=	Sprechstundenbedarf (Arzneimittel, Verbandstoffe)
...	=	Rezepte der Zahnärzte

- (2) Die Rechnung weist zu jeder Gruppe nach Absatz 1 folgende Beträge aus:

- a) Summe der Bruttobeträge
- b) Summe des auf den Bruttobetrag entfallenden gesetzlichen oder vereinbarten Abschlags
- c) Summe der Zuzahlungsnettobeträge
- d) Summe der Nettobeträge
- e) Anzahl der Rezepte

2. Gesamtrechnung

Die Rechnung weist ferner für die Gesamtrechnung - zum einen für die Patientenverordnungen, zum anderen für den Sprechstundenbedarf - die Summe der unter Ziffer 1 Absatz 2 Buchstabe a. bis e. genannten Beträge der einzelnen Gruppen sowie die Gesamtanzahl der Verordnungsblätter aus.

3. Ausweis sonstiger Zahlungsbeträge

Die Kostenpauschale nach § 14 Abs. 1 und der Mehraufwand nach § 14 Abs. 2 werden in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

¹ Sofern eine Lieferberechtigung für Hilfsmittel besteht und eine Abrechnung nach § 300 SGB V vereinbart ist.

**Zentrale Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung
und -übermittlung nach § 15**

§ 1 Rechnungslegung und Beanstandungen

- (1) Die Rechenzentren, die die zentrale Rezeptabrechnung durchführen, erstellen eine einheitliche Rechnung für die über sie abrechnenden Apotheken.
- (2) Die Rechnung enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Rechenzentrum sowie des Kostenträgers, dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben, bezogen auf die Summe der von den Apotheken insgesamt abgerechneten Verordnungsblätter: ¹
 - a. Rechnungsnummer
 - b. Gesamtbetrag Brutto
 - c. Gesamtbetrag Rabatt
 - d. Gesamtbetrag Zuzahlung
 - e. Gesamtbetrag Netto
 - f. Zahlbetrag
 - g. Gesamtanzahl Verordnungsblätter
 - h. Zahl der korrigierten Zeichen nach § 2 Absatz 3
 - i. Gesamtzahl der abrechnenden Apotheken

Die Rechnung wird auf elektronischen Datenträgern oder per Datenfernübertragung nach Maßgabe der Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 ² übermittelt. Die ordnungsgemäße Übermittlung der Rechnungsdaten wird von der annehmenden Stelle unverzüglich quittiert oder die Fehlerhaftigkeit der Datenübermittlung wird spätestens einen Werktag nach Eingang der Daten mitgeteilt.

Bis die technischen Voraussetzungen hierfür vorliegen wird eine Papierrechnung erstellt.
(eventuell streichen)

¹ Weitere Angaben (u.a. geleistete Abschlagszahlungen, Zu- und Absetzungen aus früheren Abrechnungszeiten, Saldoübertrag Vormonat können zwischen den Krankenkassen und den Rechenzentren vereinbart werden.

² Hierzu gehört der Nachrichtentyp RECP mit folgenden Datensegmenten:
UNA, UNB, UNH, REC, RES, REP, GEP, UNT und UNZ

Anlage 7

- (3) Beanstandungen werden gegenüber der Apotheke geltend gemacht. Die Verrechnung von Differenzen erfolgt über das zuständige Rechenzentrum.
- (4) Gutschriften für Irrläufer-Rezepte werden getrennt nach den einzelnen Gruppen entsprechend Anlage 3, Abschnitt 1, Absatz 1 aufgeführt. Für den Sprechstundenbedarf werden auch die Gutschriftenbeträge für Rezepte der Zahnärzte gesondert benannt.

§ 2 Datenaufbereitung und - übermittlung

- (1) Die Rechenzentren erfassen die Daten der von den Apotheken zu Abrechnung weitergeleiteten Verordnungsblätter auf maschinell verwertbaren elektronischen Datenträgern nach Maßgabe der Bestimmungen der „Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V“ und leiten dies an die Krankenkassen oder die von diesen benannten Stellen weiter.
- (2) Die Kostenpauschale nach § 14 Absatz 1 des Arzneilieferungsvertrages wird im Zusammenhang mit der Rechnungslegung nach § 1 dieser Anlage geltend gemacht und ist im Zeitpunkt der Restzahlung nach § 4 zu begleichen.
- (3) Für die Berechnung des Mehraufwandes, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht (§ 6 Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), gelten die Regelungen des § 6 Absatz 7 der Vereinbarungen nach § 300 SGB V in Verbindung mit der zwischen den Vertragsparteien getroffenen ergänzenden Vereinbarung.
- (4) Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Verordnungsblattes im Arztfeld entsteht (§ 6 Absatz 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), wird mit der Rechnung des zweiten Monats, der dem Kalendermonat der Lieferung folgt, in Rechnung gestellt und ist im Zeitpunkt der Restzahlung auf diese Rechnung zu begleichen.

§ 3 Serviceleistungen

- (1) Die Rechenzentren sollten folgende Leistungen erbringen können:
 1. Auswertungen auf Rezeptebene
 - a. Arzneikostenstatistik (KV-bezogen)
 - b. Fachgruppendurchschnittswerte aus Arzneikostenstatistik
 - c. Versicherteninformationen (Arzneikostennachweis versichertenbezogen)
 2. Imagearchivierung
 - a. Bereithaltung der Images bis zu 4 Wochen nach Ablauf des Abrechnungsmonats gemäß § 7 Absatz 1 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung
 - b. Archivierung bis zu 24 Monaten
 - c. Batch-Abfrage aus dem Archiv
 - d. Erstellen von Printimages
 - e. Archivierung von Images von Apotheken, die über Dritte abrechnen.

Anlage 7

3. Verordnungsblätter

- a. Sortierung nach Ärzten und Apotheken
- b. Einlagerung Originalbelege für eine Dauer von bis zu 6 Monaten bzw. bis zu 9 Monaten
- c. Ziehen von einzelnen Originalbelegen nach Arzt oder Apotheke auf Anforderung

4. Auswertung auf PZN-Ebene

- a. Arzneimittelindex (Stichprobenziehung, jedes 100. Rezept)
- b. Arzneimittelindex (Zufälligkeitsprüfungen/Auffälligkeitsprüfung, Basis 2 % der Vertragsärzte pro Jahr und Bundesland)
- c. Arztmappe mit pharmakologischen Beratungsunterlagen
- d. Sprechstundenbedarf-Index entsprechend GKV-Index.

(2) Weitere Serviceleistungen können vereinbart werden.

§ 4 Abschlags- und Restzahlung

- (1) Für die Lieferung der Apotheken leisten die Krankenkassen grundsätzlich bis zum 6. eines jeden Monats (Valuta) eine Abschlagszahlung in Höhe von 80 % der Vormonatsrechnung. Abweichend von dem im Satz 1 genannten Termin ist für bis zu 4 Monate im Kalenderjahr eine Zahlung spätestens bis zum 7. des Monats (Valuta) möglich. Die betreffenden Apothekenrechenzentren sind hierüber vorab zu informieren.
- (2) Erhält die Krankenkasse die Rechnung nicht bis zum 20. eines Monats für den Vormonat, so verschiebt sich die Abschlagszahlung entsprechend.
- (3) Die Restzahlung erfolgt bis zum 10. Kalendertag (Valuta) nach Rechnungseingang.
- (4) Im Übrigen gilt § 11 entsprechend.
- (5) Offensichtliche Additionsfehler in der Rechnung können von der Krankenkasse unmittelbar korrigiert und bei der Abrechnung berücksichtigt werden. Die Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Berichtigung.
- (6) Übersteigt die Abschlagszahlung die Forderungssumme, zahlen die beauftragten Apothekenrechenzentren die Differenz zum Rechnungsbetrag unverzüglich an die Krankenkasse zurück.

§ 5 Datenschutz

Die Apothekenrechenzentren sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zu beachten.

Sonderpreisliste Verbandmittel

Zeichenerklärung

Grundlage dieser Berechnungen ist der Arzneilieferungsvertrag zwischen den Primärkrankenkassen und dem HAV gültig ab 1.10.98 in Verbindung mit der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in der Fassung vom 31.12.2003.

- # = Preis in der entsprechenden Spalte nach AMPreisV abzüglich 5% berechnet, die im betreffenden Fall als Höchstpreis Gültigkeit hat. (Arzneilieferungsvertrag § 13 Abs. 9)
- * = Bei der Mengenlieferung gilt eine Sonderliste für den Sprechstundenbedarf zu Lasten der AOK-Hessen

H A V - Preisliste	Primärkassen	Verbandstoffe
--------------------	--------------	---------------

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Einzelver- ordnung 10,00%
		incl. 19% MWST.
1 Idealbinden		
mit Schlingkanten, gedehnt 5 m lang		
E DIN 61 632		
a) 1St.		
6 cm *	2,25 €	2,95 €
8 cm *	2,94 €	3,85 €
10 cm *	3,54 €	4,63 €
12 cm	4,22 €	5,52 €
15 cm	5,25 €	6,87 €
20 cm	6,97 €	9,12 €
30 cm	10,11 €	13,23 €
 2 Kompressen		
z. B. ES + GAZIN		
8-fach gelegt, steril, im Beutel		
a) 10 Stück		
(5 x 2 St.)		
5 x 5 cm	0,92 €	1,20 €
7,5 x 7,5 cm	1,00 €	1,31 €
10 x 10 cm	1,20 €	1,57 €
10 x 20 cm	2,31 €	3,02 €
 b) 50 Stück		
(25 x 2 St.)		
5 x 5 cm *	2,51 €	3,29 €
7,5 x 7,5 cm *	2,94 €	3,85 €
10 x 10 cm *	3,89 €	5,09 €
10 x 20 cm *	7,33 €	9,59 €
 3 Kompressen		
z.B. ES + GAZIN		
100 Stück, unsteril, im Beutel		
a) 8-fach gelegt		
5 x 5 cm *	1,66 €	2,17 €
7,5 x 7,5 cm *	2,53 €	3,31 €
10 x 10 cm *	3,66 €	4,79 €
 b) 12-fach gelegt		
5 x 5 cm *	2,37 €	3,10 €
7,5 x 7,5 cm *	4,20 €	5,50 €
10 x 10 cm *	6,30 €	8,25 €
10 x 12,5 cm *	10,29 €	13,47 €
10 x 20 cm *	14,26 €	18,67 €

Gültig ab 01.01.2007
Stand 01.03.06

* = Sonderliste Sprechstundenbedarf beachten
8_01_410_Verbandstoffpreisliste_01_01_07.xls

H A V - Preisliste	Primärkassen	Verbandstoffe
--------------------	--------------	---------------

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Einzelver- ordnung 10,00%
		incl. 19% MWST.
c) 16-fach gelegt		
5 x 5 cm *	3,21 €	4,20 €
7,5 x 7,5 cm *	5,37 €	7,03 €
10 x 10 cm *	9,88 €	12,93 €
10 x 12,5 cm *	13,04 €	17,07 €
4 Mullbinden 20-fädig		
DIN 61 631-MB-CV/CO		
a) cellophaniert		
1 Stück		
4 cm	0,39 €	0,51 €
6 cm	0,44 €	0,58 €
8 cm	0,49 €	0,64 €
10 cm	0,60 €	0,79 €
12 cm	0,80 €	1,05 €
b) uncellophaniert, im Karton		
20 Stück		
4 cm *	6,09 €	7,97 €
6 cm *	6,39 €	8,36 €
8 cm *	7,03 €	9,20 €
10 cm *	8,59 €	11,24 €
12 cm *	11,99 €	15,69 €
5 Trikotschlauchbinden		
DIN 61 633, 4 m lang		
6 cm	4,04 €	5,29 €
8 cm	5,27 €	6,90 €
10 cm	6,60 €	8,64 €
12 cm	7,87 €	10,30 €
15 cm	10,63 €	13,91 €
20 cm	14,78 €	19,35 €
25 cm	15,93 €	20,85 €
6 Verbandmull		
20-fädig, DIN 61630 VM 20		
80 cm breit, 8-fach auf 10 cm Breite		
gelegt. Zickzacklagen oder gerollt		
1 m	1,64 €	2,15 €
2 m	2,94 €	3,85 €
5 m *	6,67 €	8,73 €
10 m *	12,86 €	16,83 €
40 m *	42,58 €	55,74 €

Gültig ab 01.01.2007
Stand 01.03.06

* = Sonderliste Sprechstundenbedarf beachten
8_01_410_Verbandstoffpreisliste_01_01_07.xls

Nr. Artikel - Bezeichnung	EK	Einzelver- ordnung 10,00% <small>incl.19% MWST.</small>
7 Verbandwatte DIN 61640-V-CO/CV		
	50 g	0,74 €
	100 g	1,20 €
	200 g	2,45 €
	250 g	2,82 €
	400 g	4,50 €
	500 g	5,06 €
	1000 g	11,33 €
		0,97 €
		1,57 €
		3,21 €
		3,69 €
		5,89 €
		6,62 €
		14,83 €