

**Vertrag über die Belieferung und Abrechnung des
Sprechstundenbedarfs in Apotheken**

(Arzneiliefervertrag-Sprechstundenbedarf – ALV-SSB)

Stand 01.04.2015

zwischen

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

- einerseits -

und der **AOK Baden-Württemberg**

dem **BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg**

der **IKK classic**

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der **Knappschaft, Regionaldirektion München**

und den **Ersatzkassen**

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH - Kaufmännische Krankenkasse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

nachfolgend „Krankenkassen“ genannt

- andererseits -

INHALTSÜBERSICHT

Erster Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

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

Zweiter Abschnitt: Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln

§ 7 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung.....	7
§ 8 Preisvereinbarungen	8

Dritter Abschnitt: Abrechnung und Datenübermittlung

§ 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung	9
§ 10 Rechnungslegung.....	9
§ 11 Rechnungsbegleichung	10
§ 12 Datenübermittlung	11
§ 13 Zusatzvereinbarung über die zentrale Abrechnung der Verordnungsblätter in Verbindung mit der Datenaufbereitung und Datenübermittlung	12
§ 14 Kostenregelungen	12
§ 15 Rechnungsprüfung / Beanstandungen.....	12

Vierter Abschnitt: Schlussbestimmungen

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung	15
§ 17 Salvatorische Klausel	15

Anlagen

Anlage 1: Ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung	17
Anlage 2.1: Abrechnung durch Apothekenrechenzentren.....	18
Anlage 2.2: Rechnungslegung in Papierform.....	21
Anlage 3: Geschäftsordnung über den Ablauf des Verfahrens im Vertragsausschuss.....	22
Anlage 4: Bagatellgrenze	26
Anlage 5.1: Vertragspreise - Impfstoffe	27
Anlage 5.2: Vertragspreise – Verbandstoffe	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anlage 5.3: Vertragspreise – Sonstiges.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anlage 6: GKV-SSB-Abrechnungsstelle	27
Abkürzungsverzeichnis.....	29

ERSTER ABSCHNITT
Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Lieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs aufgrund vertragsärztlicher Verordnung (derzeit Muster 16, BtM-Formular gem. § 8 BtMVV). Soweit die AMPPreisV nicht gilt, können nur Produkte nach diesem Vertrag beliefert werden, für die Preise in den Anlagen vereinbart wurden.
- (2) Sind keine Preise vereinbart, kann in Ausnahmefällen ein Kostenvoranschlag von der abrechnenden Stelle genehmigt werden.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag hat Rechtswirkung für
 - a. die vertragsschließenden Krankenkassen in Baden-Württemberg bzw. deren Verbände und
 - b. öffentliche Apotheken mit Hauptsitz in Baden-Württemberg, deren Leiterinnen / Leiter dem LAV angehören oder die diesem Vertrag beigetreten sind.
Der Beitritt ist gegenüber der von den Krankenkassen benannten Stelle¹ in schriftlicher Form zu erklären nebst der Verpflichtung die Vertragsinhalte in ihrer jeweils aktuellen Fassung uneingeschränkt anzuerkennen.

Im Übrigen findet § 2 Abs. 4 Satz 2 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V Anwendung.

§ 3 Abgabebestimmungen

- (1) Es finden die zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages nach § 87 SGB V vereinbarten Ordnungsblätter (Muster 16) sowie die BtM-Formulare gemäß § 8 BtMVV in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend „Ordnungsblatt“ genannt) Anwendung. Bei Änderung der Ordnungsblätter verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich.
- (2) Es dürfen nur ordnungsgemäß ausgestellte Verordnungen gemäß Anlage 1 beliefert werden. Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche

¹ AOK Baden-Württemberg
Referat I.8.4 / Arzneimittelversorgung
Presselstraße 19
70191 Stuttgart
Fax: 0711 2593 - 91276

Verordnung, wenn sie neben dem Mittel oder den Mitteln die Angaben gemäß der Anlage 1 sowie gemäß § 5 Abs. 2 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß des § 300 SGB V (nachstehend „Vereinbarung nach § 300 SGB V“ genannt) in der jeweils gültigen Fassung enthält.

- (3) Verordnungen von Rezepturen, die wegen der Menge oder der Art der in ihnen enthaltenen Bestandteile auch bei kleiner Schrift nicht vollständig ins ärztliche Verordnungsfeld auf dem Verordnungsblatt eingetragen werden können, dürfen beliefert werden, sofern die vollständige Verordnung auf einem Beiblatt zum Verordnungsblatt von der Vertragsärztin / von dem Vertragsarzt aufgeführt ist. Auf der Vorderseite des Verordnungsblattes ist von der Apothekerin / von dem Apotheker der Vermerk: „**§ 3 Abs. 3 ALV-SSB**“ aufzubringen. Das Beiblatt ist in der Apotheke mindestens 13 Monate aufzubewahren und der leistungspflichtigen Krankenkasse auf Verlangen zuzuschicken.
- (4) Bei vertragsärztlichen Verordnungen, die offensichtlich mit einem falschen Verordnungsstatus gekennzeichnet sind, ist die Apothekerin / der Apotheker gehalten, den Verordnungsstatus entsprechend zu korrigieren.
- (5) Die Apotheken sind grundsätzlich nicht zur Überprüfung der Erstattungsfähigkeit verpflichtet.
- (6) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden, wenn die Fälschung oder der Missbrauch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt erkennbar war.
- (7) Die Abgabefrist richtet sich nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V. Die Mittel dürfen grundsätzlich nur abgegeben werden, wenn die Verordnung innerhalb von einem Monat nach Ausstellung der Verordnung in der Apotheke vorgelegt wird.
- (8) Werden Fertigarzneimittel in Packungen mit verschieden großem Inhalt in den Verkehr gebracht, so ist die kleinste Packung abzugeben und zu berechnen, sofern die abzugebende Menge nicht in der Verordnung bezeichnet oder gesetzlich bestimmt ist. Die Teilabgabe aus Bündel- oder Anstaltspackungen ist nicht erlaubt.
- (9) Wird bei der Verordnung mehrerer Packungen der Inhalt der nächst größeren Packung erreicht, so ist diese abzugeben und zu berechnen, sofern die Vertragsärztin / der Vertragsarzt nicht durch einen besonderen Vermerk auf die Abgabe mehrerer kleinerer Packungen hinweist.
- (10) Verordnet eine Vertragsärztin / ein Vertragsarzt im Sprechstundenbedarf ein Mittel ohne Mengenangabe unter der Bezeichnung „Anstaltspackung“, so ist die kleinste im Handel befindliche Jumbopackung (Arzneimittel größer N3) abzugeben. § 2 Abs. 4 der Packungsgrößenverordnung findet bei Sprechstundenbedarfsverordnungen keine Anwendung.

- (11) Der auf dem Verordnungsblatt verordnete Sprechstundenbedarf soll innerhalb der Frist nach Abs. 7 sofort in vollem Umfang beliefert werden. Eine Belieferung ohne Verordnung und / oder eine Depotlagerung bei der Apotheke sowie eine nachträgliche Ausstellung von Verordnungen zum Zwecke der Abrechnung ist nicht zulässig.
- (12) Ist eine vertragsärztliche Verordnung hinsichtlich der Darreichungsform (Tropfen, Dragees usw.), der Dosierung oder der Menge unvollständig oder ungenau, so ist die Apothekerin / der Apotheker berechtigt, nach Rücksprache mit der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt das Verordnungsblatt zu ergänzen, wobei die Rücksprache mit der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt zu vermerken und abzuzeichnen ist.
- (13) Werden in der Apotheke Verordnungen vorgelegt, die erkennbar ergänzt oder hinsichtlich der Menge ohne entsprechendes Namenszeichen der Vertragsärztin / des Vertragsarztes abgeändert sind, so dürfen diese nur beliefert werden, wenn die Apothekerin / der Apotheker mit der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt Rücksprache gehalten und das Ergebnis der Rücksprache auf dem Verordnungsblatt vermerkt und abgezeichnet hat.
- (14) Die Modalitäten der Abgabe von Impfstoffen im Sprechstundenbedarf sind in der Ergänzungsvereinbarung zu diesem Vertrag geregelt.

§ 4 Meinungsverschiedenheiten, Vertragsausschuss

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

- (6) Der Vertragsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung, die diesem Vertrag als Anlage 3 beigelegt ist.
- (7) Die vorherige Anrufung des Vertragsausschusses stellt keine Voraussetzung für die zulässige Einleitung eines gerichtlichen Klageverfahrens dar.

§ 5 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Es gilt § 11 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V.

§ 6 Allgemeine Zusammenarbeit

- (1) Die vertragsschließenden Parteien wirken bei der Umsetzung dieses Vertrages vertrauensvoll und partnerschaftlich zusammen.
- (2) Vorbehaltlich gesetzlicher Regelungen steht den Vertragsärzten die Wahl unter den Apotheken / Lieferanten frei. Vertragsärzte dürfen weder von den Apotheken zu Lasten der Krankenkassen noch von den Krankenkassen zugunsten bestimmter Apotheken/Lieferanten beeinflusst werden. Die Zuweisung von Verordnungen an einzelne Apotheken / Lieferanten durch die Krankenkassen ist unzulässig. Hiervon unberührt bleiben die Rechte der Krankenkassen zur Information der Vertragsärzte über wirtschaftliche Bezugswege.
- (3) Ausgenommen aufgrund gesetzlicher Grundlagen sind die Krankenkassen nicht zur Selbstabgabe berechtigt.
- (4) Zeichnen sich bei einzelnen Arzneimitteln oder Impfstoffen Versorgungsengpässe ab, erarbeiten die Vertragsparteien konstruktive Lösungsansätze zur Aufrechterhaltung einer optimalen Versorgungslage.
- (5) Die Möglichkeit einer Beteiligung des LAV an Ausschreibungen richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften.

ZWEITER ABSCHNITT
Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln

§ 7 Allgemeine Bestimmungen zur Preisberechnung

- (1) Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 AMG den Apotheken vorbehalten ist, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Für die Preisberechnung ist der für den Tag der Abgabe aufgeführte Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V maßgebend.
- (2) Falls der Apothekeneinkaufspreis bzw. der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nicht im Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 Abs. 4 SGB V / ABDATA-Artikelstamm aufgeführt ist, muss dieser auf der Vorderseite des Ordnungsblattes vermerkt werden. Zusätzlich muss bei Direktbezug der Name der Lieferfirma (Hersteller) angegeben werden.
- (3) Für die Preisberechnung der auf Sprechstundenbedarfsverordnung gelieferten Arzneimittel, welche die Apothekerin / der Apotheker hergestellt bzw. zur Abgabe hergerichtet hat, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Für den zu berechnenden Preis ist der Tag der Abgabe des Arzneimittels maßgeblich.
- (4) Abweichend von den allgemeinen Bestimmungen zur Preisberechnung nach Abs. 1 sind in den Anlagen zu § 8 in diesem Vertrag besondere Preise vereinbart.
- (5) Ist für ein Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt und ist der maßgebliche Apothekenabgabepreis höher als der für dieses Arzneimittel festgesetzte Festbetrag, ist der Krankenkasse nur der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Die Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis trägt die Vertragsärztin / der Vertragsarzt; sie ist nicht mit dem Anspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen.
- (6) Ist die verordnete Menge geringer als der Inhalt der kleinsten Packung, so ist die Apothekerin / der Apotheker berechtigt, die kleinste im Handel befindliche Packung zu berechnen.
- (7) Wenn die einzelnen Berechnungsschritte einer Rezeptur aus Platzgründen nicht auf die Vorderseite des Ordnungsblattes aufgebracht werden können, dann sind diese auf einem gesonderten Beiblatt aufzuführen. Auf der Vorderseite des Ordnungsblattes ist der Vermerk: „**§ 7 Abs. 6 ALV-SSB**“ aufzubringen. Das Beiblatt ist in der Apotheke aufzubewahren (mindestens 13 Monate) und der leistungspflichtigen Krankenkasse auf Verlangen zuzuschicken.
- (8) Unvermeidbare Porti, Zölle und andere von Vorlieferanten in Rechnung gestellte Kosten der Beschaffung von Arzneimitteln, die üblicherweise weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden, können die Apotheken gesondert berechnen. Die Kosten sind auf Nachfrage der

Krankenkasse mit den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Porto-, Telefon- und Telefaxgebühren für Rückfragen wegen ungenauer Verordnungen werden von den Krankenkassen nicht bezahlt.

- (9) Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach der BtMVV in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen ist, können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag gemäß § 7 AMPreisV einschließlich Mehrwertsteuer berechnen.
- (10) Nicht abgeholte / gelieferte Arzneimittel und Verbandstoffe können grundsätzlich nicht berechnet werden. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung der GKV-SSB-Abrechnungsstelle.

§ 8 Preisvereinbarungen

- (1) Preisvereinbarungen sind in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.
- (2) Die Anlagen können einzeln von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Monatsende gekündigt werden, sofern in den Anlagen selbst nichts anderes geregelt ist. Eine Kündigung durch einzelne Krankenkassen oder Kassenverbände ist nicht möglich.
- (3) Eine Fortgeltung bei Kündigung besteht nicht.
- (4) Bei allen Preisen in den Anlagen nach diesem Vertrag handelt es sich um Nettopreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Von den sich danach ergebenden Endpreisen ist kein Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1 SGB V mehr vorzunehmen.

DRITTER ABSCHNITT
Abrechnung und Datenübermittlung

§ 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

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

§ 10 Rechnungslegung

- (1) Die Apotheken rechnen ihre Leistungen spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, mit der von den Krankenkassen benannten Stelle (GKV-SSB-Abrechnungsstelle nach Anlage 6 dieser Vereinbarung) ab.
- (2) Eine Überschreitung der Frist nach Abs. 1 befreit die Krankenkassen nicht von ihrer Zahlungsverpflichtung. Es gelten die gesetzlichen Verjährungsfristen. Werden einzelne Verordnungsblätter mehr als zwei Monate nach Ablauf dieser Frist nach Abs. 1 abgerechnet, sind die Krankenkassen berechtigt, den Abrechnungsbetrag dieser Verordnungsblätter auf den Apothekeneinkaufspreis zuzüglich Mehrwertsteuer zu kürzen; weitergehende Vertragsmaßnahmen nach § 5 sind ausgeschlossen.
- (3) Bei einer Überschreitung der Frist nach Abs. 1 um mehr als sechs Monate sind die Krankenkassen berechtigt den Abrechnungsbetrag ganz oder

teilweise zu kürzen, sofern sie nachweisen können, dass ihnen durch den Verzug ein finanzieller Schaden in entsprechender Höhe entstanden ist.

- (4) Die Rechnung besteht aus
- a. einer Abrechnung in Papierform gemäß der Anlage 2.2 (Rechnungslegung in Papierform - Einzelrechnung je Apotheke)
 - b. den Rechnungsdaten nach der TA 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (ABRP und RECP)
 - c. den Images nach der TA 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V der abgerechneten Verordnungsblätter
 - d. den Verordnungsblättern. Diese sind nach Belegnummern in aufsteigender Reihenfolge zu sortieren.

Wenn der über die ABRP Daten der TA 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V übermittelte Gesamtnettobetrag vom SV-Nettobetrag (siehe Anlagen 2.1/2.2) laut Papierrechnung nach a. abweicht, dann hat die Krankenkasse bis zur Klärung ein Zurückbehaltungsrecht hinsichtlich des Differenzbetrages. Die Fristwahrung nach § 130 Abs. 3 SGB V bleibt hierdurch unberührt.

§ 11 Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen der Apotheken oder der von diesen beauftragten externen Rechenzentren werden innerhalb der in § 130 Abs. 3 SGB V genannten Frist von den Krankenkassen über die GKV-SSB-Abrechnungsstelle beglichen.

Fristbeginn ist der Eingang der Rechnung mit allen Bestandteilen gemäß § 10 Abs. 4 a. und b. dieses Vertrages, sofern der Bestandteil c innerhalb von fünf Werktagen nachgeliefert wird.

Als Eingangstag gilt der Tag der Ablieferung. Erfolgt die Ablieferung an einem Samstag, Sonntag, an einem gesetzlichen Feiertag oder an Werktagen Montag bis Donnerstag nach 17 Uhr und Freitag nach 16 Uhr, so gilt als Eingangstag der darauf folgende Werktag (Montag bis Freitag). Bei der Übersendung durch die Post gilt als Eingangstag der Eingangsstempel der annehmenden Stelle. Fällt der letzte Tag der Frist nach Satz 1 auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Werktag (Montag bis Freitag).

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

- (2) Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

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

§ 12 Datenübermittlung

- (1) Die Übermittlung der Daten auf 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. Die Daten sind an die in der Anlage 6 benannten GKV-SSB-Abrechnungsstelle zu übermitteln. Die ordnungsgemäße Übermittlung der Rechnungsdaten wird von der annehmenden Stelle unverzüglich quittiert. Die annehmende Stelle prüft die Daten auf syntaktische Mängel (Mängel der Datensatzstruktur und Dateninhalte) und teilt festgestellte Mängel spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Datenlieferung dem RZ mit.

Bei Fehlern, deren Ursache in einer mangelhaften Erfassungsqualität oder nicht korrekten Abbildung der erfassten Daten (Versichertennummer, Kostenträger-IK, PZN, Faktor, Taxe, Gesamtbruttobetrag, LANR, BSNR, Zuzahlung) begründet sind und mindestens 0,5 % aller durch ein RZ abgerechneten Verordnungsblätter betreffen, können die Daten innerhalb der Frist von vier Wochen nach Datenlieferung beanstandet und eine korrigierte Datenlieferung angefordert werden. Zum Nachweis müssen mindestens 10.000 oder hilfsweise 30% zufällig ausgewählte Verordnungsblätter untersucht werden.

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

- (2) Die Datenlieferung gilt als abgenommen, wenn die annehmende Stelle innerhalb der in Abs. 1 Satz 3 genannten Frist die Gründe für die Verweigerung der Abnahme nicht schriftlich mitteilt. Bei Fehlerhaftigkeit oder Unvollständigkeit der Datenlieferung hat eine erfolgreiche Nachbesserung innerhalb eines Zeitraums von einem Monat zu erfolgen. Der Beginn der Beanstandungsfrist gemäß § 18 Abs. 1 verschiebt sich für die nachgebesserten Daten um den Zeitraum zwischen Reklamation durch die Krankenkasse und Lieferung der nachgebesserten Daten durch das RZ.
- (3) Nach Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkassen sind die zwischengespeicherten Images weitere drei Monate aufzubewahren.

§ 13 Zusatzvereinbarung über die zentrale Abrechnung der Verordnungsblätter in Verbindung mit der Datenaufbereitung und Datenübermittlung

- (1) Von Apotheken beauftragte Rechenzentren, welche die zentrale Abrechnung der Verordnungsblätter durchführen und die Anforderungen nach Anlage 2.1 erfüllen, rechnen nach den Bestimmungen dieser Anlage ab. Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten nicht, soweit Anlage 2.1 abweichende Bestimmungen enthält.
- (2) Krankenkassen können mit Apothekenrechenzentren ergänzende Abrechnungsvereinbarungen schließen. Der LAV ist informativ einzubinden.

§ 14 Kostenregelungen

Leistungen gemäß § 6 Abs. 7 (Kostenpauschale Erfassung Arztfeld) und § 7 Abs. 3 (Kostenpauschale Digitalisierung) der Vereinbarung nach § 300 SGB V sind in Anlage 2.1 geregelt.

§ 15 Rechnungsprüfung / Beanstandungen

- (1) Die bei der Rechnungsprüfung festgestellten rechnerisch und sachlich unrichtig angesetzten Beträge sind von den Krankenkassen bzw. der GKV-SSB-Abrechnungsstelle innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem die Rechnungsstellung erfolgte, gegenüber den Apotheken geltend zu machen. Der LAV und die vertragsschließenden Krankenkassen vereinbaren dabei einen Mindestbetrag je Retaxationsvorgang (Anlage 4). Hierzu gehören neben den rechnerischen und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten auch Taxdifferenzen und die Summe zurückgegebener Verordnungsblätter, auch von Fremdkassen („Irrläufer“). Die Retaxationen sind aufzuschlüsseln nach Retaxationsarten und Abschlagsarten (vgl. Anlage 2.1 bzw. Anlage 2.2). Die Prüfung soll sowohl Differenzen zugunsten als auch zuungunsten der Apotheker bzw. der Krankenkassen berücksichtigen. Die gleiche Frist gilt auch für die Nachforderungen der Apotheken an die Krankenkassen.
- (2) Kopien der beanstandeten Verordnungsblätter bzw. deren Print-Images sind der Apothekerin / dem Apotheker unter Angabe der Belegnummer gemäß TA 3 zum Rahmenvertrag nach § 300 SGB V oder einer anderen eindeutigen Kennzeichnung mit einer Begründung der Beanstandung vor der Weiterleitung der Beanstandung an das RZ unaufgefordert von der Krankenkasse bzw. der GKV-SSB-Abrechnungsstelle zuzustellen. Die Kennzeichnung ist bei jedem Schreiben der Krankenkasse bzw. der GKV-SSB-Abrechnungsstelle oder der von ihr beauftragten Stelle sowie bei jedem Schreiben der Apothekerin / des Apothekers oder des für ihn tätigen Verbandes, das im Zusammenhang mit der Beanstandung steht, insbesondere bei Berichtigungsmittlungen und bei der Auszahlung von Gutschriften sowie bei der Absetzung von Beträgen anzugeben. Bei der

Absetzung der Gesamtsumme der Verordnung wegen fehlgeleiteter Abrechnung („Irrläuferrezepte“) sind die Verordnungsblätter im Original beizufügen.

- (3) Für die folgenden geringfügigen Formfehler werden die Krankenkassen keine Vollabsetzung durchführen:
- a. formale Fehler im Text der ärztlichen Verordnung ohne inhaltliche Auswirkung oder die Möglichkeit für Fehlinterpretationen bei der Belieferung,
 - b. fehlende Berufsbezeichnung der Vertragsärztin / des Vertragsarztes auf dem Verordnungsblatt,
 - c. handschriftlicher Ergänzung der Vertragsärztin / des Vertragsarztes bei der Zusammensetzung von Rezepturen, welche die Rezeptur erst vervollständigen und die Verordnung sinnhaft erscheinen lassen, ohne nochmaliges Abzeichnen durch die Vertragsärztin / den Vertragsarzt,
 - d. fehlende Abzeichnung der Apothekerin / des Apothekers (Datum, Unterschrift) bei Konkretisierung der Darreichungsform eines Arzneimittels in der Verordnungszeile.
- (4) Folgende Fälle gravierender Formfehler können zu einer Vollabsetzung führen:
- a. Verordnungsblätter ohne Vertragsarztunterschrift,
 - b. Verordnungsblätter ohne Vertragsarztstempel,
 - c. Verordnungsblätter, bei denen die gesetzliche oder vertragliche Abgabefrist überschritten ist und keine nachvollziehbare Begründung vorliegt,
 - d. Verordnungsblätter, die doppelt abgerechnet wurden,
 - e. Verordnungsblätter, die den Vermerk „Duplikat“ oder „Kopie“ tragen,
 - f. Verordnungsblätter, die nicht auf einem zulässigen Originalblatt ausgestellt sind,
 - g. Verordnungsblätter mit Formfehlern, die zur klaren Erkennbarkeit einer Fälschung führen.

Sollten zu Formfehlern weitere Sachverhalte bekannt werden, in denen ein berechtigtes Interesse der Kostenträger an einer Vollabsetzung besteht, so teilen die Krankenkassen dem LAV diese Sachverhalte und den Zeitpunkt, ab dem die Umsetzung erfolgt, mit.

- (5) Abgesehen von den genannten Formfehlern können auch bei anderen Verstößen gegen Abgabebestimmungen Nullretaxationen erfolgen.
- (6) Die Absätze 3 bis 5 gelten bis zum in Kraft treten einer entsprechenden Regelung im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V, welche hier dann analog Anwendung findet. Die Vertragspartner werden sich rechtzeitig über eventuellen Neuregelungsbedarf verständigen.
- (7) Ergeben sich ab Erhalt einer Beanstandung innerhalb der Frist nach Abs. 1 Folgebeanstandungen aufgrund desselben Sachverhalts, verzichten die Krankenkassen im Regelfall auf die Vornahme weiterer

Folgebeanstandungen, sofern den Krankenkassen im Vergleich zu regelkonformer Versorgung kein finanzieller Schaden entstanden ist. Beide Vertragsparteien haben die Möglichkeit, einzelne Fälle im Vertragsausschuss zu klären. Bei falschen Preisberechnungen sowie der Abgabe entgegen gesetzlicher Leistungsausschlüsse ist eine solche Aussetzung nicht möglich.

- (8) Einsprüche gegen Taxdifferenzen können von der Apothekerin / von dem Apotheker innerhalb von drei Monaten nach Eingang bei der Apothekerin / dem Apotheker schriftlich geltend gemacht werden und bedürfen der Begründung. Sie können auch über den LAV erfolgen.
- (9) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung ist der Apotheke in schriftlicher Form mitzuteilen.
- (10) Werden die Fristen nach Abs. 8 und 9 überschritten, gelten die Taxdifferenzen bzw. die Einsprüche als anerkannt. Rechnungskorrekturen können erst erfolgen, wenn die Taxbeanstandungen anerkannt sind, als anerkannt gelten oder der Einspruch durch die Krankenkasse bzw. der GKV-SSB-Abrechnungsstelle zurückgewiesen wurde.
- (11) Bei Korrekturen auf Veranlassung der Apotheke wegen fehlerhaft abgerechneter Taxbeträge gilt folgender Verfahrensweg:

Die Apotheke liefert an die GKV-SSB-Abrechnungsstelle folgende Unterlagen:

- a. einen Ausdruck des Ordnungsblattes mit Belegnummer gemäß Vereinbarung nach § 300 SGB V,
 - b. eine Erläuterung zum Berechnungsfehler (mit Datum / Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers).
- (12) Die sich aus der Rechnungsprüfung ergebenden Last- und Gutschriften nach Abs. 10 und 11 werden unverzüglich mit einer der nächstfälligen Zahlungen verrechnet. In Härtefällen sind Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarungen möglich.
 - (13) Gegenüber einem RZ kann die Verrechnung von Lastschriften im Sinne des Abs. 10 nur bis zur Höhe der Beträge erfolgen, die im Zeitpunkt der jeweiligen Verrechnung von diesem RZ gegenüber den Krankenkassen bzw. der GKV-SSB-Abrechnungsstelle für die betroffene Apothekerin / den betroffenen Apotheker geltend gemacht werden. Vorab geleistete Abschlagszahlungen von Krankenkassen an Rechenzentren bzw. von Rechenzentren an Apotheken bleiben unberücksichtigt. Das Recht der jeweiligen Krankenkasse, darüber hinaus bestehende Rückforderungsansprüche gegenüber der betroffenen Apothekerin / dem betroffenen Apotheker geltend zu machen, bleibt unberührt. Eine Verrechnung gemäß §§ 51 und 52 SGB I ist unzulässig.

VIERTER ABSCHNITT
Schlussbestimmungen

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich der Anlagen und Protokollnotizen tritt am 01.04.2015 in Kraft und löst die bisherigen Regelungen der vertragschließenden Vertragspartner zur Belieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs in den Arzneilieferverträgen nach § 129 SGB V ab. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von zwölf Monaten zum Monatsende, frühestens aber zum 31. Dezember 2016 schriftlich gekündigt werden. Eine Fortgeltung bei Kündigung besteht nicht. Eine Kündigung einzelner Anlagen bleibt von dieser Frist unberührt.

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

- (2) Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn gesetzliche Umstände / Vorgaben und / oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen eine Fortsetzung dieser Vereinbarung unmöglich machen und auch eine einvernehmliche Vertragsanpassung nicht zu erreichen war.

§ 17 Salvatorische Klausel

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

Stuttgart, 23.02.2015

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

Wolf Kümmel
Vizepräsident

AOK Baden-Württemberg

**SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse, Stuttgart**

Dr. Christopher Hermann
Vorsitzender des Vorstandes

Claus Ungerer
Leiter Vertragswesen

**Knappschaft,
Regionaldirektion München**

Verband der Ersatzkassen e. V.

Anton Hauptenthal
Leiter der Regionaldirektion

Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

BKK Landesverband Süd

IKK classic

Anlage 1: Ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung

(1) Von der Vertragsärztin / von dem Vertragsarzt auf das Verordnungsblatt aufzutragende Angaben sind:

- a. Bezeichnung des Kostenträgers („GKV-BW“)
- b. SSB-Kostenträgerkennung
 - 108095249
 - 107018414
 - 107815727
 - 107815807
- c. Betriebsstättennummer (BSNR), soweit vorhanden,
- d. Lebenslange Arztnummer (LANR),
- e. Ausstellungsdatum,
- f. Kennzeichnung der Statusgruppen 9 und – soweit zutreffend - 8,
- g. Unterschrift der Vertragsärztin / des Vertragsarztes,
- h. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.

(2) Ein Fehlen einzelner Angaben bzw. falsch aufgetragene nach Buchstaben

- a.,
- c. und / oder d. sowie
- f.

berechtigen nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung.

- (3) Die Abrechnung eines Verordnungsblattes ist nur möglich, wenn eines der vier in (1) b. aufgeführten SSB-Kostenträger IKs auf dem Verordnungsblatt angegeben ist.
- (4) Formfehler können im Einzelfall von der Apothekerin / von dem Apotheker geheilt werden. Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.
- (5) Änderungen oder Ergänzungen der Angaben nach Buchstaben e. darf die Apothekerin / der Apotheker nur nach Rücksprache mit der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt vornehmen. Das Ergebnis der Rücksprache hat die Apothekerin / der Apotheker auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.
- (6) Fehlen die Angaben nach Buchstaben e., g. oder h., kann das Verordnungsblatt grundsätzlich nur vor Abrechnung durch die Vertragsärztin / den Vertragsarzt ergänzt werden.

Anlage 2.1: Abrechnung durch Apothekenrechenzentren

§ 1 Rechnungslegung und Beanstandungen

- (1) Die Rechnung eines RZs besteht aus:
- a. einer Gesamtrechnung in Papierform für alle über das RZ abrechnenden Apotheken,
 - b. den Einzelrechnungen dieser Apotheken gemäß Anlage 2.2. Diese können auch in Dateiform (pdf) übermittelt werden,
 - c. den Rechnungsdaten nach der TA 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (ABRP und RECP),
 - d. den Images der Verordnungsblätter (nach der TA 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V,
 - e. den Verordnungsblättern.
- (2) Die Gesamtrechnung enthält neben Name, Anschrift und Institutionskennzeichen, Steuer-ID und Bankverbindung des RZs sowie dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben, bezogen auf die Summe der von den Apotheken insgesamt abgerechneten Verordnungsblätter
- a. Angabe für jede Statusgruppe nach TA 3 Abschnitt 8.2.1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V sowie als Summe über alle Verordnungsblätter:
 1. Anzahl Verordnungen
 2. Bruttobetrag
 3. Auf den Bruttobetrag entfallende oder vereinbarte Abschläge, unterteilt nach den Gruppen gem. Abschnitt 8.2.23 der Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V
 4. Zahlbetrag (SV-Nettobetrag)
- Die Angaben nach Punkt a. sind zusätzlich zur Papierrechnung in Dateiform (csv-Datei) zu übermitteln.
- b. Weitere Angaben ohne Statusmitteilung:
 1. Kostenpauschale für Digitalisierung und Bereithaltung der Images gemäß § 7 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (Verordnungsblätter/Betrag)
 2. Mehraufwand für Korrektur des Arztfeldes gemäß § 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (korrigierte Zeichen/Betrag)
 3. Zu- und Absetzungen aus früheren Abrechnungszeiträumen (lt. getrenntem Nachweis)
 4. Gesamt-Forderungsbetrag
- (3) Werden von den Rechenzentren abrechnungsrelevante Korrekturen (KO-Daten) oder Verordnungskorrekturen (VKO-Daten) erforderlich, so sind diese entweder
- über eine separate Rechnung abzurechnen oder

- in einer laufenden Rechnung zu verrechnen.

Die Korrekturbeträge sind auf PZN-Ebene auszuweisen. Eine apothekenindividuelle Ausweisung auf der Einzelrechnung nach Anlage 2.2 ist nicht notwendig.

§ 2 Beginn der Zahlungsfrist

Abweichend von § 12 Abs.1 beginnt die Frist zur Rechnungsbegleichung mit dem Eingang der Rechnung mit den Bestandteilen nach Anlage 2.1 § 1 Abs. 1 a., b. und c., sofern der Bestandteil d. innerhalb von fünf Werktagen nachgeliefert wird.

§ 3 Erklärungen gegenüber Rechenzentren

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

§ 4 Kostenregelungen

- (1) Die Krankenkassen leisten für die Digitalisierung und Bereithaltung und Übermittlung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale in Höhe von 0,0187 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer je digitalisiertem Verordnungsblatt (gem. § 7 Abs. 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung). Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungslegung nach § 11 geltend gemacht und ist im Zeitpunkt der Rechnungsbegleichung nach § 11 zu zahlen.
- (2) Der Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung im Arztfeld des Verordnungsblattes entsteht (§ 6 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V), wird mit 0,007 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer

je korrigiertem Zeichen durch die Krankenkassen abgegolten. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 5 Verordnungsblätter

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

Anlage 2.2: Rechnungslegung in Papierform

Einzelrechnung je Apotheke (zu § 11 Abs. 4)

(1) Die Apothekenrechnung enthält neben Name, mind. PLZ und Ort, Kostenträgerkennung sowie dem Rechnungsdatum mindestens folgende Angaben, bezogen auf die Summe der von der Apotheke insgesamt mit der Krankenkasse abgerechneten Verordnungsblätter:

a. Angaben für jede Gruppe nach Anlage 3 Abschnitt 8.2.1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V sowie als Summe über alle Verordnungsblätter:

1. Anzahl Verordnungsblätter,
2. Bruttobetrag,
3. Auf den Bruttobetrag entfallende gesetzliche oder vereinbarte Abschläge unterteilt nach den Gruppen gem. Abschnitt 8.2.23 der Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V,
4. Zahlbetrag (SV-Nettobetrag).

b. Weitere Angaben ohne Statusunterteilung:

1. Umsätze der abgegebenen Fertigarzneimittel,
2. Zu- und Absetzungen aus früheren Abrechnungszeiträumen (lt. getrenntem Nachweis),
3. Gesamt-Forderungsbetrag.

Die Angaben nach und 6., 7. und 8. können entfallen, wenn die Apotheke über ein RZ abrechnet.

(2) Werden abrechnungsrelevante Korrekturen (KO-Daten) oder Verordnungskorrekturen (VKO-Daten) erforderlich, so sind diese entweder

- über eine separate Rechnung abzurechnen oder
- in einer laufenden Rechnung zu verrechnen.

Die Korrekturbeträge sind auf PZN-Ebene auszuweisen.

Anlage 3: Geschäftsordnung über den Ablauf des Verfahrens im Vertragsausschuss

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

§ 1 Aufgaben des Vertragsausschusses

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

§ 2 Zusammensetzung

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

§ 3 Einleitung des Verfahrens

- (1) Das Verfahren vor dem Vertragsausschuss beginnt mit der Anrufung des Vertragsausschusses.
- (2) Anrufungsberechtigt sind jeweils die Vertragspartner.
- (3) Der LAV wird gegen Kostenerstattung auch in Fällen, in denen Nichtmitglieder des Verbandes, die dem Ergänzungsvertrag beigetreten sind, involviert sind, tätig.
- (4) Das Anrufungsschreiben ist an die AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart bzw. an den LAV, Hölderlinstraße 12, 70174

Stuttgart, zu richten und muss den Sachverhalt umfassend darstellen. Die Sitzung des Vertragsausschusses ist möglichst innerhalb eines Monats nach Eingang anzusetzen.

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

§ 4 Einleitung des Verfahrens nach § 1 Abs. 2

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

§ 5 Sitzungen

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

§ 6 Beratung und Beschlussfassung

- (1) Der Vertragsausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist der Vertragsausschuss nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der neu festzulegenden Sitzung Beschlussfähigkeit auch dann vorliegt, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung hinzuweisen. Eine Stimmrechtsübertragung ist möglich, bei der Abstimmung ist Parität zu gewährleisten.
- (2) Die Beratung erfolgt unter Ausschluss der Beteiligten. Die Beschlussfassung erfolgt in offener Abstimmung. Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der

abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach interner Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt die vorgeschlagene Maßnahme als abgelehnt.

- (3) Die Beschlussfassung des Vertragsausschusses kann dahin gehen,
- a. dass dem Vertragspartner ein Hinweis erteilt wird, und / oder
 - b. dass eine Verwarnung ausgesprochen wird, und / oder
 - c. dass eine Vertragsstrafe bis zu 25.000,00 Euro je Einzelfall festgelegt wird und / oder
 - d. dass die Empfehlung zum Entzug der Lieferberechtigung aussprechen und / oder
 - e. dass eine Feststellung zur Ersatzpflicht eines eingetretenen Schadens getroffen wird und / oder
 - f. dass eine Feststellung über die Rechtmäßigkeit von Beanstandungen nach § 15 Abs. 1 des Vertrages getroffen wird.
- (4) Die Beschlussfassung wird gegenüber dem betroffenen Leistungserbringer und der betroffenen Krankenkasse bekannt gegeben.

§ 7 Niederschrift

- (1) Über jede Sitzung des Vertragsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden und vom Schriftführer zu unterzeichnen ist. Sie muss insbesondere enthalten:
- a. Bezeichnung des Vertragsausschusses,
 - b. Ort und Tag, Beginn und Ende der Sitzung,
 - c. die Namen der anwesenden Mitglieder des Vertragsausschusses,
 - d. den Gang der Verhandlung,
 - e. die getroffene Beschlussfassung,
 - f. ggfs. das Einverständnis der betroffenen Beteiligten.
- (2) Die Niederschrift ist unverzüglich nach Beschlussfassung auszufertigen und bei entsprechendem Einverständnis des Leistungserbringers und der betroffenen Krankenkasse in den Fällen des § 5 Abs. 3 Ziff. c. (Vertragsstrafe) und e. (Regress) dieser Geschäftsordnung auch von diesen zu unterzeichnen.
- (3) Jeder Sitzungsteilnehmer erhält eine Mehrfertigung dieser Niederschrift. Mit der Unterzeichnung gilt die Niederschrift als genehmigt. Erfolgt keine Unterzeichnung, sind Einwendungen gegen die Niederschrift innerhalb von zwei Wochen nach der Sitzung bei der AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, geltend zu machen.

§ 8 Wirkung der Beschlussfassung

- (1) Die Beschlussfassung des Vertragsausschusses wirkt in den Fällen des § 5 Abs. 3 Ziff. c. und d. mit dem Einverständnis des Leistungserbringers und der

betroffenen Krankenkasse als vertragliche Vereinbarung, der sich sowohl Krankenkasse wie auch Leistungserbringer unterwerfen. Der verhandelte Streitgegenstand ist damit von einer weiteren rechtlichen Verfolgung ausgeschlossen. Eine Verwertbarkeit bei wiederholten Verstößen ist nicht ausgeschlossen.

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

§ 9 Geheimhaltung und Schweigepflicht

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

Anlage 4: Bagatellgrenze
(zu § 15 Abs. 1)

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

Anlagen 5.1 bis 5.3 siehe separate Dokumente

Anlage 6: GKV-SSB-Abrechnungsstelle

Aktuell ist die GKV-SSB-Abrechnungsstelle die unter a. genannte Stelle.

Die Rechnungsbestandteile werden an folgende Adressaten gesandt:

a. Papierrechnung und Verordnungsblätter:

AOK Baden-Württemberg
Servicestelle Arzneimittelabrechnung und –prüfung (SARP)
Schorndorfer Straße 32
71332 Waiblingen
(IK 108018132)

b. zu liefernde Daten:

AOK Baden-Württemberg
Datenannahme- und Verteilstelle
Schwarzwaldstraße 39
77933 Lahr
(IK 108018007)

Abkürzungsverzeichnis

ABRP	Abrechnungsposition
Abs.	Absatz
AVV	Arzneiversorgungsvertrag
ALV-SSB	Vertrag über die Belieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs in Apotheken
AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AM-RL	Arzneimittelrichtlinie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
BKK	Betriebskrankenkasse
BSNR	Betriebsstättennummer
BtMVV	Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
DAV	Deutscher Apotheker Verband
DNA	Deutscher Normausschuss
ggfs.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IK	Institutionskennzeichen
IKK	Innungskrankenkasse
KO-Daten	Korrektur-Daten
LANR	Lebenslange Arztnummer
LAV	Landesapothekerverband
PLZ	Postleitzahl
PZN	Pharmazentralnummer
RECP	Rechnungsposition
RZ	Rechenzentrum
SARP	Servicestelle Arzneimittelabrechnung und Prüfung
SGB	Sozialgesetzbuch
SV	Sozialversicherung
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
TA	Technische Anlage (der Vereinbarung nach § 300 SGB V)
vdek	Verband der Ersatzkassen
VKO-Daten	Verordnungskorrektur-Daten