

## Hilfsmittelliefervertrag

Zwischen dem Saarländischen Apothekerverein e.V.  
(nachstehend SAV genannt)

und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
(nachstehend AOK genannt)  
wird folgender Vertrag geschlossen:

### Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand .....	3
§ 2	Geltungsbereich .....	3
§ 3	Allgemeine Abgabebestimmungen .....	4
§ 4	Eignungsvoraussetzungen der Apotheke .....	6
§ 4a	Wegfall der Lieferberechtigung .....	7
§ 5	Abgabe von Hilfsmitteln .....	7
§ 6	Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen .....	8
§ 6a	Gewährleistung von Reparaturen .....	9
§ 7	Berechnung der Preise und Gebühren .....	9
§ 8	Zuzahlung .....	10
§ 9	Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung .....	10
§ 10	Zeitpunkt und Form der Abrechnung .....	11
§ 11	Rechnungsbegleichung .....	12
§ 12	Befreiende Wirkung .....	12
§ 13	Übermittlung der Daten .....	13
§ 14	Weiterleitung der Verordnungsblätter .....	13
§ 15	Berechnungsfähige Kosten .....	13
§ 16	Verbesserung der Daten- und Abrechnungsqualität .....	13
§ 17	Datenannahmestellen .....	14
§ 18	Übernahme zusätzlicher Aufgaben .....	14
§ 19	Verlust und Fälschung von Verordnungsblättern .....	14
§ 20	Rechnungs- und Taxbeanstandungen .....	14
§ 21	Kommunikation .....	16
§ 22	Datenschutz .....	16
§ 23	Allgemeine Zusammenarbeit .....	16
§ 24	Klärung von Meinungsverschiedenheiten .....	17
§ 25	Vertragsmaßnahmen .....	17
§ 26	Inkrafttreten und Kündigung .....	17

Anlage 1 (§ 2 Abs. 3) Beitrittserklärung zum Vertrag .....	19
Anlage 2 (§ 7 Abs. 1) Leistungs-/Preisverzeichnis .....	20
Anlage 3 (§ 11 Abs. 1) Zahlung an Rechenzentren .....	30
Anlage 4 (§ 15 Abs. 2) Kosten Nacherfassungsaufwand .....	31
Anlage 5 (§17) Datenannahmestellen .....	32
Anlage 6 (§ 2 Abs. 6) Verträge nach § 127 SGB V .....	33
Protokollnotiz (§ 2 Abs. 6) Verträge nach § 127 SGB V.....	33
Protokollnotiz (§ 5 Abs. 5) Genehmigungsverfahren.....	34
Anlage 7 Formular Kostenvoranschlag .....	35

## **§ 1 Gegenstand**

(1) Dieser Vertrag regelt die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Apotheken gemäß § 33 SGB V i.V.m § 127 SGB V sowie die Lieferung von Hilfsmitteln im Sprechstundenbedarf unter Beachtung geltender gesetzlicher Regelungen, des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V sowie der Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Insbesondere die Eignungsvoraussetzungen der Apotheken, die Abrechnung von Leistungen sowie die Rechte und Pflichten der Vertragspartner und die Folgen bei Nichtbeachtung dieser, unterliegen den Regelungen dieses Vertrages.

Die folgenden Anlagen sind wesentlicher Bestandteil dieses Vertrages und werden von den Vertragspartnern regelmäßig fortgeschrieben:

- Anlage 1 (§ 2 Abs. 3) Beitrittserklärung zum Vertrag
- Anlage 2 (§ 7 Abs. 1) Leistungs-/Preisverzeichnis
- Anlage 3 (§ 11 Abs. 1) Zahlung an Rechenzentren
- Anlage 4 (§ 15 Abs. 2) Kosten Nacherfassungsaufwand
- Anlage 5 (§ 17) Datenannahmestellen
- Anlage 6 (§ 2 Abs. 6) Verträge nach § 127 SGB V
- Protokollnotiz (§ 2 Abs. 6) Verträge nach § 127 SGB V
- Protokollnotiz (§ 5 Abs. 5) Genehmigungsverfahren
- Anlage 7 Formular Kostenvoranschlag

(2) Der Vertrag trifft Regelungen nach den §§ 127 Abs. 1 und 302 SGB V und ergänzt den Rahmenvertrag nach § 300 SGB V.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag hat Rechtswirkung für die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland.
- (2) Ebenso gilt der Vertrag für öffentliche Apotheken, deren Leiter Mitglied des SAV sind und deren Filialapotheken.
- (3) Öffentliche Apotheken, deren Leiter nicht dem SAV angehören, sind lieferberechtigt, wenn der Leiter der Apotheke durch Erklärung gemäß Anlage 1 diesen Vertrag einschließlich seiner Anlagen und den Rahmenvertrag nach § 300 SGB V in den jeweils geltenden Fassungen gegenüber der von der AOK benannten Stelle anerkennt. Diese Stelle informiert den SAV über den Beitritt dieser Apotheken.
- (4) Öffentliche Apotheken, deren Leiter weder dem SAV angehören noch dem Vertrag beigetreten sind, sind von der Lieferung ausgeschlossen.
- (5) Der SAV stellt der von der AOK benannten Stelle ein Verzeichnis seiner Mitglieder zur Verfügung und unterrichtet diese regelmäßig über Beginn und Ende der Mitgliedschaften.
- (6) Soweit die AOK gesonderte Verträge auf der Grundlage von § 127 Abs. 1 SGB V für bestimmte Hilfsmittel abgeschlossen hat, ist die Lieferung dieser Hilfsmittel auf Grundlage dieses Vertrages ausgeschlossen (vgl. Anlage 6).

Die Versorgung erfolgt in diesen Fällen ausschließlich auf Basis der gesonderten Verträge.

Soweit die AOK gesonderte Verträge auf der Grundlage von § 127 Abs. 2 SGB V für bestimmte Hilfsmittel bis zum 30.06.2015 abgeschlossen hat, ist die Lieferung dieser Hilfsmittel auf Grundlage dieses Vertrages ausgeschlossen (vgl. Anlage 6). Die Versorgung erfolgt in diesen Fällen ausschließlich auf Basis der gesonderten Verträge. Bei Vertragsausrufen nach § 127 Abs. 2 SGB V ab dem 01.07.2015 von vertragsgegenständlichen Produktgruppen verpflichten sich die Vertragspartner zeitnah Verhandlungen aufzunehmen.

### **§ 3 Allgemeine Abgabebestimmungen**

(1) Die Abgabe erfolgt aufgrund einer von Vertragsärzten, von ermächtigten ärztlichen Einrichtungen sowie von an der Notfallversorgung beteiligten Ärzten und Einrichtungen ordnungsgemäß ausgestellter Verordnung (Absätze 2 und 3), für die grundsätzlich Muster 16 (Querformat) der Vordruckvereinbarung verwendet wird.

(2) Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine Verordnung, wenn sie folgende Angaben enthält:

- a) Bezeichnung der Krankenkasse
- b) Kassenummer
- c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
- d) Elektronische Versichertennummer
- e) Lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer
- f) Ausstellungsdatum
- g) Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
- h) Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 7, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
- i) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
- j) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
- k) Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend
- l) Unterschrift des Vertragsarztes
- m) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck
- n) Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
- o) Diagnose

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

(3) Die Angaben gemäß Abs. 2 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen.

Das Ausstellungsdatum, die Unterschrift des Arztes und der Vertragsarztstempel oder ein entsprechender Aufdruck müssen bei der Abrechnung vorliegen. Ein Fehlen nach Buchstabe a. oder b., c. oder d, e, g bis k und n oder fehlerhafte Angaben bei m und o berechtigen nicht zur Zurückweisung des Ve-

ordnungsblattes bei der Abrechnung. Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen. Das Feld „Gebühr frei“ darf von der Apotheke nur angekreuzt werden, wenn der Versicherte eine Befreiungsbescheinigung vorlegt. Änderungen sind von der abgebenden Person abzuzeichnen.

(4) Die Bezeichnung des Kostenträgers durch den Vertragsarzt ist für die AOK verbindlich.

(5) Verordnungen von Hilfsmitteln von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis, die durch die Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, dürfen nicht beliefert werden. Im Übrigen ist die Apotheke nicht verpflichtet, die Verordnungsfähigkeit eines Mittels zu überprüfen.

(6) Das Abgabeverbot nach Absatz 5 gilt nur, wenn das verordnete Mittel in den ABDA-Stammdaten als nicht abgabefähig gekennzeichnet ist.

(7) Verordnungen auf Privatrezept oder auf dem Vordruck Muster 16 mit den Vermerken "Kostenerstattung" oder "ohne Versicherungsnachweis" anstelle der Kassenangabe zahlt der Versicherte selbst. Ersetzt er innerhalb von 14 Tagen die Verordnung "ohne Versicherungsnachweis" durch eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung, hat er Anspruch auf Rückerstattung des gezahlten Betrages abzüglich zu leistender Zuzahlungen. Die Abgabe auf Grund eines Privatverordnungsblattes zu Lasten der AOK kann nach Absatz 1 ausnahmsweise erfolgen, wenn sie im ärztlichen Notfall- oder Sonntagsdienst ausgestellt, entsprechend gekennzeichnet ist und am Tag der Verordnung oder am darauffolgenden Tag in der Apotheke abgegeben wird.

(8) Eine Verordnung darf nur innerhalb von einem Monat nach der Ausstellung beliefert werden. Bei Fristüberschreitung entfällt der Anspruch auf Vergütung, es sei denn, die Apotheke macht glaubhaft, dass die Fristüberschreitung unvermeidbar war (aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung). Die Begründung für die Fristüberschreitung ist auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.

(9) Veränderungen der Abgabemenge müssen immer vom Arzt mit Unterschrift bestätigt werden. Bereits abgerechnete Verordnungen mit nachträglich vom Arzt bestätigten Mengenänderungen können nicht erneut eingereicht werden.

(10) Die Lieferung erfolgt für Versicherte aufzahlungsfrei. Hiervon unberührt bleibt die Zuzahlung nach § 8.

Wünscht ein Versicherter eine Versorgung, die über den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz nach den §§ 12 bzw. 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V hinausgeht, so hat er die entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherte ist hierüber vorher von der Apotheke zu beraten und über die Höhe des von ihm zu tragenden Aufzahlungsbetrages zu informieren.

(11) Die Abrechnung von Duplikaten ist ausgeschlossen.

(12) Die Abrechnung von Dauerverordnungen ist grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Abrechnung ist ausnahmsweise bei Produktgruppen mit gesonder-

ten vertraglichen Regelungen zur Abrechnung von Dauerverordnungen in Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V möglich.

(13) Bei der Abgabe von Hilfsmitteln ist der Empfang vom Versicherten oder einer empfangsberechtigten Person auf der Rückseite des Muster 16-Formulars zu bestätigen.

#### **§ 4 Eignungsvoraussetzungen der Apotheke**

(1) Die Leistungserbringung nach diesem Vertrag darf nur durch Apotheken erfolgen, die die Anforderungen an die Struktur und Qualitätssicherung nach näheren Bestimmungen dieses Vertrages sowie seiner Anlagen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen.

(2) Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 SGB V sowie die gesetzlichen Vorgaben zur Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V sind verbindlich zu erfüllen und zugleich unabdingbare Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Vertrag.

(3) Zur Führung des Nachweises über die Erfüllung der Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Versorgung muss die Apotheke ein Präqualifizierungszertifikat gemäß § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V nachweisen. Grundlage des Nachweises zum Zeitpunkt der Abgabe sind die Eintragungen in der Präqualifizierungsdatenbank des GKV-Spitzenverbandes (PQD). Der Apotheke obliegt die Überprüfung der Vollständigkeit der Angaben zur Präqualifizierung in der PQD. Bei fehlendem Nachweis über die PQD ist die Apotheke vor Abgabe des Hilfsmittels verpflichtet, der AOK den Nachweis der Eignung durch Einreichen eines Präqualifizierungszertifikats zu erbringen.

(4) Der Eignungsnachweis ist personen- und betriebsbezogen. Die Apotheke ist nach Maßgabe dieses Vertrages nur zur Abgabe derjenigen Hilfsmittel berechtigt, für welche sie die Eignung nach den vorgenannten Regelungen gegenüber der AOK nachgewiesen hat und darf Verordnungen nur für diese Produktbereiche entgegennehmen.

(5) Alle Apotheken haben ihre Eignung in Bezug auf die in Anlage 6 genannten Verträge gesondert nachzuweisen. Bei zukünftigen Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V ist die Eignung ebenfalls gesondert im Rahmen des Beitritts nachzuweisen. Die Nachweiserbringung erfolgt gemäß den Regelungen in § 4 Abs. 3. Der Nachweis der Eignung hat bis spätestens 3 Monate nach Vertragsbeitritt zu erfolgen. Für die Verträge gemäß Anlage 6, für die die Apotheken keinen Eignungsnachweis gegenüber der AOK erbracht haben, enden diese Verträge mit Ablauf des 3. Monats nach Vertragsbeginn, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

(6) Eröffnet oder übernimmt ein SAV-Mitglied eine neue Apotheke oder eine weitere Filiale, muss es innerhalb von 3 Monaten seine Eignung nachweisen. Bis dahin gilt es unter Vorbehalt der fristgemäßen Einreichung eines Präqualifizierungszertifikates gemäß § 126 Abs. 1a S. 2 SGB V als versor-

gungsberechtigt für folgende apothekenübliche Hilfsmittel-Versorgungsbereiche:

01A, 02A, 03B, 05A, 05B3, 05C, 14D, 15A, 17A, 19B, 21B, 23A, 23B, 25C

Wird der geforderte Nachweis der Präqualifizierung nicht innerhalb von 3 Monaten erbracht, dann endet die Lieferberechtigung mit Ablauf der Frist. Verzögert sich das Präqualifizierungsverfahren nachweislich ohne Verschulden der Apotheke, so wird die Verzögerung im Rahmen der in Satz 1 genannten Frist berücksichtigt. Die AOK ist nach Ablauf der Frist berechtigt, die Kosten für die ohne Nachweis eines Präqualifizierungszertifikats abgerechneten Hilfsmittel zu retaxieren und von der Apotheke zurückzufordern.

#### **§ 4a Wegfall der Lieferberechtigung**

Die Berechtigung der Apotheke zur Abgabe von Hilfsmitteln erlischt,

- a) wenn eine der in § 4 dieses Vertrages geforderten Voraussetzungen nicht mehr vorliegt
- b) bei Wechsel oder Tod des fachlichen Leiters oder bei Verlegung der Apothekenräumlichkeiten (§ 4 Abs. 6 gilt analog)
- c) bei Aufgabe der Apotheke.

#### **§ 5 Abgabe von Hilfsmitteln**

(1) Die Apotheke stellt die Versorgung mit funktionsgerechten, hygienisch und technisch einwandfreien Hilfsmitteln sicher. Es gelten die Qualitätsstandards der einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis. Die Abgabe und die Einweisung in den Gebrauch erfolgt nur durch ausgebildetes Fachpersonal; die Einweisung ist unentgeltlich. Die Apotheke hat den Service einschließlich Reparatur und Ersatzlieferung zu übernehmen und während der Nutzungszeit zu garantieren. Sie stellt sicher, dass Reparaturen kurzfristig durchgeführt werden und dem Versicherten - soweit erforderlich - ein entsprechendes Hilfsmittel für die Dauer der Reparatur leihweise zur Verfügung gestellt wird.

(2) Wird ein Hilfsmittel ohne nähere Bezeichnung durch den Arzt verordnet, wählt die Apotheke unter Beachtung von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eine zweckmäßige Ausführung aus. Stehen mehrere vergleichbare Mittel zur Verfügung, ist ein preisgünstiges Mittel abzugeben. Kommt der Arzt seiner Verpflichtung zur Verordnung eines Hilfsmittels nach Produktart nicht nach, indem er das Hilfsmittel unter Verwendung des Markennamens, der Pharmazentralnummer oder der zehnstelligen Hilfsmittelnummer verordnet, kann die Apotheke auch ein anderes Hilfsmittel aus der gleichen Produktart abgeben. Wünscht der Versicherte eine aufwändigere Versorgung, als sie mit vergleichbaren, preisgünstigen Hilfsmitteln möglich ist, hat die Apotheke darauf hinzuweisen, dass die Mehraufwendungen zu seinen Lasten gehen und nicht von der Krankenkasse getragen werden. Im Festbetragsbereich ist dem Versicherten eine Versorgung ohne Eigenanteil anzubieten.

(3) Für die Abgabe von Hilfsmitteln bedarf es einer Genehmigung durch die AOK für:

- Hilfsmittel deren Einzelabgabepreis 125 Euro (netto) übersteigt,
- Hilfsmittel gemäß Anlage 2 mit Kennzeichnung „Genereller Kostenvoranschlag ja“

(4) Hilfsmittel dürfen nur abgegeben werden, wenn sie im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Diese Regelung gilt nicht für Hilfsmittel, die nicht ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden, aber den bereits bearbeiteten Produktgruppen zuzuordnen sind (Status geplant). Diese können abgegeben werden, wenn der Abgabepreis je Hilfsmittel den Zeilenwert von 50,- Euro zuzüglich Mehrwertsteuer nicht übersteigt. Übersteigt der Abgabepreis je Hilfsmittel den Zeilenwert von 50,- Euro kann das Hilfsmittel nur nach genehmigtem Kostenvoranschlag abgegeben werden.

(5) Eine Entscheidung über die Genehmigung ist unverzüglich (in der Regel binnen einer Woche) zu treffen. Das Nähere über das Genehmigungsverfahren wird in einer Protokollnotiz geregelt. Hat die Apotheke bei Einholung der Genehmigung für ein Hilfsmittel einen Kostenvoranschlag eingereicht, und liegt der AOK ein günstigeres Angebot vor, teilt sie der Apotheke den günstigeren Preis mit. Die Apotheke entscheidet, ob sie zu diesem Preis liefern will oder die Belieferung ablehnt.

(6) Apotheken dürfen bei Vorliegen der Eignungsvoraussetzungen gem. § 4 von der Lieferung von Hilfsmitteln nicht ausgeschlossen werden, wenn sie bereit sind, zu den Vertragspreisen zu liefern, und die AOK die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln aus eigenen Beständen nicht gewährleisten kann.

(7) Informationen der AOK über Leistungserbringer, die Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen liefern, müssen sachlich zutreffend, vollständig und auf die zur Versorgung der Versicherten erforderlichen Angaben beschränkt sein. Wird in solchen Informationen an Versicherte auf andere Leistungserbringer als Apotheken hingewiesen, sind neben diesen Leistungserbringern auch die nach diesem Vertrag lieferberechtigten Apotheken in gleichartiger Weise als preisgünstig und als Leistungserbringer zu nennen, die bereit sind, zum Festbetrag oder zum Durchschnittspreis zu liefern.

## **§ 6 Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen**

Weicht bei Hilfsmitteln die verordnete Menge vom Inhalt einer Packung ab, ist durch Auswahl der Abgabemenge im Rahmen der ärztlichen Verordnung eine am Bedarf des Versicherten ausgerichtete wirtschaftliche Versorgung des Versicherten sicherzustellen. Dies kann im Einzelfall durch Abgabe der nächstkleineren Packung, eines Vielfachen dieser Packung oder der nächstgrößeren Packung geschehen.

## **§ 6a Gewährleistung von Reparaturen**

(1) Die Gewährleistungsfristen richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen, soweit nichts anderes vereinbart ist. Dies gilt auch für Reparaturteile sowie für Reparaturleistungen. Die Gewährleistungspflicht beginnt mit der Übergabe des Hilfsmittels an den Versicherten. Von dem Gewährleistungsrecht können sowohl die AOK als auch unmittelbar die Versicherten Gebrauch machen. Die Haftung des Herstellers/Importeurs nach dem Produkthaftungsgesetz bleibt davon unberührt.

(2) Nach Ablauf der Garantiezeit verpflichtet sich die Apotheke, den Service einschließlich Reparatur und Ersatzlieferung für die gelieferten Hilfsmittel zu übernehmen und während der Nutzungszeit sicherzustellen. Vor notwendigen Reparaturen ist unter Vorlage eines Kostenvoranschlages die Genehmigung der AOK einzuholen.

## **§ 7 Berechnung der Preise und Gebühren**

(1) Für die Abrechnung von Hilfsmitteln gelten die in der Anlage 2 Leistungs-/Preisverzeichnis vertraglich vereinbarten Preise.

(2) Ist für ein Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 SGB V festgesetzt, sind der AOK Kosten bis zur Höhe des Festbetrages in Rechnung zu stellen.

(3) Soweit keine Festbeträge nach § 36 SGB V festgelegt oder Preise vereinbart sind (vgl. Abs. 1), beträgt der Aufschlag auf den Apothekeneinkaufspreis gemäß ABDA-Stammdaten 18 %.

(4) Allen sich auf Grund vorstehender Regelungen ergebenden Preisen und Entgelten ist die jeweils gültige Mehrwertsteuer hinzuzufügen. Davon ausgenommen sind Festbeträge, die als Brutto-Preise festgelegt wurden.

(5) Die Einzelpreise und der Gesamtbetrag der abgegebenen Mittel sind an der auf dem Verordnungsblatt vorgeschriebenen Stelle einzutragen. Sofern das Mittel vom Arzt nicht näher bezeichnet ist und keine zuordenbare Pharmazentralnummer oder Hilfsmittelnummer auf dem Verordnungsblatt aufgebracht ist, sind der Einkaufspreis, der Name des Herstellers oder Lieferanten, die Artikelnummer und die für die Preisfindung erforderlichen Maße (z.B. ein oder zwei von der Norm abweichende Messpunkte bei Kompressionsstrümpfen nach Maß) auf dem Verordnungsblatt zu vermerken. Die AOK ist jederzeit berechtigt, die zugrunde liegende Maßkarte anzufordern.

(6) Die Apotheke ist zur Auskunft über das Zustandekommen eines Preises verpflichtet, soweit ein Spielraum bei der Preisfindung besteht. Die Auskunftspflicht ist auf Einzelfälle beschränkt, sofern nicht ein hinreichender Verdacht auf Falschabrechnung besteht.

(7) Für die Preisberechnung ist der für den Tag der Abgabe in den ABDA-Stammdaten aufgeführte Apothekeneinkaufspreis maßgebend. Mittel, für die die ABDA-Stammdaten keine Preisangaben enthalten, werden auf der Basis der Lieferantenpreise berechnet.

(8) Nicht abgeholte Mittel dürfen nur berechnet werden, wenn es sich um besonders beschaffte Mittel handelt, die der Lieferant nicht mehr zurücknimmt und die auch nicht anderweitig abgegeben werden können. In diesen Fällen sind die Verordnungsblätter mit dem Vermerk "nicht abgeholt" zu versehen und dürfen mit dem vollen Preis in Rechnung gestellt werden.

### **§ 8 Zuzahlung**

(1) Die Apotheke behält die vom Versicherten gemäß § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V zu leistenden Zuzahlungen ein und verrechnet sie mit der AOK.

(2) Ein Verzicht auf die Zuzahlung ist nicht zulässig. Die AOK darf weder gegenüber Versicherten noch gegenüber Apotheken auf die Geltendmachung der Zuzahlung verzichten, es sei denn, die Satzung der AOK sieht die Ermäßigung der Zuzahlung aufgrund § 65a Abs. 2 SGB V vor.

### **§ 9 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung**

(1) Die Abrechnung der nach diesem Vertrag und nach dem Arzneimittelliefervertrag abgegebenen Mittel erfolgt gemeinsam in einer Abrechnung.

(2) Die Abrechnung kann durch die Apotheke selbst oder ein von ihr beauftragtes Rechenzentrum vorgenommen werden. Die Apotheke oder das Rechenzentrum teilen der AOK Beginn und Ende der Teilnahme der Apotheken an der zentralen Abrechnung durch Vorlage des Abrechnungsauftrages bzw. Widerrufs mit.

(3) Soweit die Apotheke ein Rechenzentrum mit der Abrechnung beauftragt, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der Eignung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (§ 11 Bundesdatenschutzgesetz) auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung mit dem Auftragnehmer ist der von der AOK benannten Stelle vorzulegen.

(4) Die Anwender von EDV-gestützten Abrechnungssystemen geben einer von der AOK beauftragten Stelle Gelegenheit, Sicherheit und Qualität der Abrechnung mit Hilfe von geeigneten Testverfahren zu überprüfen.

(5) Die Abrechnung erfolgt aufgrund ordnungsgemäß ausgestellter Verordnungen (§ 3 Abs. 2), die zusätzlich folgende Angaben enthalten:

a) Kennzeichen nach §§ 3 und 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V. Hierbei sind für Hilfsmittel die folgenden Regelungen zu beachten:

- Ist für ein Hilfsmittel eine Pharmazentralnummer vergeben, so muss diese auf das Rezept aufgetragen werden.
- Ist ausnahmsweise für ein Hilfsmittel keine Pharmazentralnummer vergeben, so muss auf das Rezept die zehnstellige Hilfsmittelverzeichnisnummer aufgetragen werden.
- Ist weder eine Hilfsmittelnummer noch eine Pharmazentralnummer vergeben, so muss das Sonderkennzeichen 09999028 aufgetragen werden.

- Sofern in der Vereinbarung nach § 300 SGB V neue Kennzeichen vereinbart werden, sind diese zu verwenden.
- b) (Mengen-)Faktor
- c) Bruttopreis je verordnetem Mittel, abrechnungsfähig nach § 33 Abs. 7 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, soweit keine Angabe nach Buchstabe f) erfolgt
- h) Abgabedatum
- i) Belegnummer des Verordnungsblattes

### **§ 10 Zeitpunkt und Form der Abrechnung**

(1) Die Rechnungslegung (Rechnungseingang) der Apotheken erfolgt bis spätestens zum 20. des Monats, der auf den Liefermonat folgt, an die von der AOK benannte Stelle. Die Abrechnung besteht aus der Papierrechnung, den Datensätzen nach der Technischen Anlage 3 der Rahmenvereinbarung nach § 300 SGB V, den Verordnungsblättern und den Verordnungsblättern in digitalisierter Form nach der Technischen Anlage 4 der Rahmenvereinbarung nach § 300 SGB V. Die Abrechnung umfasst grundsätzlich die Verordnungsblätter des Liefermonats.

Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 um einen Monat befreit die AOK nicht von ihrer Zahlungsverpflichtung.

Eine Überschreitung der Frist nach Satz 1 um 2 Monate berechtigt die AOK, der Apotheke nur den Einkaufspreis zzgl. MwSt der abgerechneten Hilfsmittel zu zahlen.

Eine Überschreitung der Frist um mehr als 2 Monate berechtigt die AOK, der Apotheke nur den Einkaufspreis abzgl. 15% zzgl. MwSt zu zahlen.

- (2) Die Rechnung enthält folgende Angaben:
- a) Rechnungsnummer
  - b) Rechnungsdatum
  - c) Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Rechenzentrums
  - d) Gesamtzahl der korrigierten Zeichen des Vormonats nach § 15 Abs. 2
  - e) Gesamtzahl der Verordnungsblätter.

Sie ist in folgende Gruppen zu unterteilen:

- 000 = nicht zuzuordnen
- 100 = Mitglieder
- 300 = Angehörige
- 500 = Rentner und Angehörige
- 600 = BVG
- 650 = BSHG
- 670 = EWR/CH
- 710 = Hilfsmittel / Mitglieder

- 730 = Hilfsmittel / Angehörige
- 750 = Hilfsmittel / Rentner
- 790 = Hilfsmittel / Sprechstundenbedarf
- 810 = Impfstoffe / Mitglieder
- 830 = Impfstoffe / Angehörige
- 850 = Impfstoffe / Rentner
- 890 = Impfstoffe / Sprechstundenbedarf
- 900 = Sprechstundenbedarf.

Je Gruppe und insgesamt sind auszuweisen:

- a) die Summe der Bruttobeträge
  - b) die gesetzlichen Rabatte
  - c) die Summe der auf die Verordnungsblätter entfallenden Zuzahlungsbeträge
  - d) die Summe der Nettobeträge
  - e) die Anzahl der abgerechneten Verordnungsblätter.
- (3) Die Rechenzentren erstellen eine Sammelrechnung, die die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 sowie die entsprechend Absatz 2 Satz 2 und 3 gegliederten Gesamtbeträge für alle abgerechneten Apotheken enthält. Die Beträge nach Absatz 2 Satz 2 bis 5 werden zudem je Apotheke ausgewiesen.
- (4) Die Rechnung wird auf Datenträgern oder per Datenfernübertragung nach Maßgabe der Technischen Anlage 3 der Rahmenvereinbarung nach § 300 SGB V übermittelt. Die ordnungsgemäße Übermittlung der Rechnungsdaten wird von der AOK unverzüglich quittiert; die Fehlerhaftigkeit der Datenübermittlung wird spätestens einen Werktag nach Eingang der Daten mitgeteilt. In der Technischen Anlage 3 des Rahmenvertrages nach § 300 SGB V nicht geregelte Angaben werden in anderer Form übermittelt.
- (5) Mit der Rechnung werden geltend gemacht
- die Kostenpauschale für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter des Abrechnungsmonats in digitalisierter Form gemäß § 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V,
  - der Mehraufwand für die Korrektur der Arztfelder aus dem Vormonat nach § 15 Abs. 2 dieses Vertrages.

### **§ 11 Rechnungsbegleichung**

- (1) Rechnungen werden innerhalb von zehn Tagen nach Eingang beglichen. Die Rechnungen gelten im bargeldlosen Zahlungsverkehr mit der Hingabe des Auftrags an das Kreditinstitut als beglichen. Weiteres regelt die Anlage 3.
- (2) Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Rechnungsprüfung.

### **§ 12 Befreiende Wirkung**

Zahlungen an Rechenzentren erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen dem Auftragnehmer und der Apotheke mit einem

Rechtsmangel behaftet sind. Soweit Rechenzentren als Erfüllungsgehilfen handeln, hat die Apotheke deren Verschulden wie eigenes Verschulden zu vertreten (§ 278 BGB).

### **§ 13 Übermittlung der Daten**

(1) Die Übermittlung der Daten nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V auf Datenträgern bzw. mittels Datenfernübertragung erfolgt innerhalb der Zahlungsfrist nach § 11 Abs. 1.

(2) Die Verordnungsblätter nach Muster 16 (Querformat) sind in digitalisierter Form (Images nach der Technischen Anlage 4 der Rahmenvereinbarung nach § 300 SGB V) mit den Daten nach Absatz 1 zu übersenden. Nach Übergabe der Images an die AOK sind die zwischengespeicherten Images höchstens weitere 6 Wochen aufzubewahren.

### **§ 14 Weiterleitung der Verordnungsblätter**

Die Verordnungsblätter werden der AOK, nach Beleg-Nummern aufsteigend sortiert, bis spätestens 6 Wochen nach dem Liefermonat zur Verfügung gestellt.

### **§ 15 Berechnungsfähige Kosten**

(1) Für die Digitalisierung und Bereithaltung der Images leistet die AOK nach § 7 Abs. 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V eine Kostenpauschale von 0,0187 Euro zzgl. MwSt. je Verordnungsblatt.

(2) Für die Nacherfassung nicht maschinenlesbarer Daten des Arztfeldes zahlt die AOK den in Anlage 4 vereinbarten Betrag.

(3) Der Betrag nach Absatz 1 wird zeitgleich mit der Lieferrechnung, die Beträge nach Absatz 2 mit der Lieferrechnung des folgenden Monats in Rechnung gestellt.

### **§ 16 Verbesserung der Daten- und Abrechnungsqualität**

(1) Soweit für die Datenerfassung Scanner- und Interpretationssysteme eingesetzt werden, kann die AOK den Nachweis der Eignung im Testverfahren verlangen. Der Nachweis wird gegenüber einer von der AOK beauftragten Stelle erbracht.

(2) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgruppe, die in regelmäßigen Abständen die Rezeptbedruckung im Arztfeld analysiert und sich durch geeignete Maßnahmen um eine Verbesserung der Datenqualität im Arztfeld bemüht.

(3) Die AOK überprüft regelmäßig die Datenqualität der von den SAV-Mitgliedern beauftragten Rechenzentren. Bei Feststellung einer unzureichenden Datenqualität informiert die AOK den SAV. Dieser informiert seine Mitglie-

der und ergreift geeignete Maßnahmen um auf eine Verbesserung der Datenqualität der betroffenen Rechenzentren hinzuwirken.

### **§ 17 Datenannahmestellen**

Die Datenannahmestellen der AOK sind in Anlage 5 dieses Vertrages festgelegt.

### **§ 18 Übernahme zusätzlicher Aufgaben**

Zusätzliche Serviceleistungen wie Imageverwaltung, Anforderung selektierter Teilmengen, Auswertungen im Auftrag oder Sonstiges und ihre Honorierung werden in gesonderten Verträgen zwischen dem Saarländischen Apothekerverein und der AOK geregelt.

### **§ 19 Verlust und Fälschung von Verordnungsblättern**

(1) Gehen Verordnungsblätter vor Eingang bei der AOK verloren, einigen sich die AOK und der SAV über eine die Umstände des Einzelfalls berücksichtigende Bezahlung der abgegebenen Mittel.

(2) Für aufgrund gefälschter oder missbräuchlich benutzter Verordnungsblätter abgegebene Mittel besteht kein Anspruch auf Bezahlung, wenn die abgebende Person die Fälschung oder den Missbrauch erkannt hat oder hätte erkennen müssen.

### **§ 20 Rechnungs- und Taxbeanstandungen**

(1) Rechnungs- und Taxbeanstandungen müssen innerhalb von neun Monaten nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen gegenüber der Apotheke geltend gemacht werden.

(2) Die Prüfung der Taxation berücksichtigt Differenzen zugunsten und zuungunsten der Apotheken bzw. der AOK.

(3) Taxbeanstandungen und Additionsfehler auf den Rezepten werden in Form von Differenzberechnungen mit Begründung mitgeteilt und durch Kopien der Rezepte oder Print-Images belegt. Eine Absetzung erfolgt erst nach Ablauf der Einspruchsfrist oder Abschluss des Einspruchsverfahrens.

(4) Rezepte, auf denen ein anderer Kostenträger angegeben ist (Irrläufer) sind von der Apotheke oder der Abrechnungsstelle mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen. Die Verordnungsblätter sind im Original der abrechnenden Stelle zurückzureichen.

(5) Einsprüche gegen Taxbeanstandungen der AOK sind unter Angabe von Gründen innerhalb von zwei Monaten bei der AOK zu erheben. Wird der Einspruch nicht innerhalb von drei Monaten bearbeitet, gilt er als anerkannt.

## (6) Retaxationen / Vollabsetzungen

### Retaxationen:

Zur (auch nur partiellen) Kürzung der Rechnung einer lieferberechtigten Apotheke wegen Nichtbeachtung gesetzlicher oder vertraglicher Abgabe- und/oder Abrechnungsbestimmungen ist die AOK berechtigt, soweit

- a) sie nicht leistungspflichtig ist oder
- b) sie durch die Abgabe des Mittels von ihrer Sachleistungsverpflichtung gegenüber dem Versicherten nicht frei geworden ist oder
- c) ein wirtschaftlicher Nachteil auszugleichen ist, der ihr bei regelkonformer Versorgung und Abrechnung nicht entstanden wäre

### Vollabsetzungen:

Eine Vollabsetzung (Zurückweisung der Verordnung) kommt in Betracht

- bei Irrläufern
- bei Fehlen einer Leistungspflicht der AOK
- Fehlen folgender Angaben: Ausstellungsdatum, Unterschrift des Vertragsarztes
- bei Überschreitung der Abgabefrist von Verordnungen (1 Monat), soweit kein Fall des § 3 Abs. 8 Satz 2 vorliegt
- bei einem wirtschaftlichen Nachteil der AOK (s. Abs. 6 lit. c), der den Rechnungsbetrag erreicht
- bei Abrechnungen, die auf einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit des Apothekers beruhen

Sollten weitere Fälle bekannt werden, in denen ein berechtigtes Interesse der AOK an einer Vollabsetzung besteht, verständigen sich die Vertragspartner kurzfristig über eine Anpassung.

Unabhängig von den in Abs. 6 gemachten Ausführungen ist die AOK bei Verstößen gegen vertragliche Vorgaben aber berechtigt, den Rechnungsbetrag der Apotheke um 5% zu kürzen. Bei Fristüberschreitungen bei der Rechnungslegung gelten die Regelungen gemäß § 10 Abs. 1.

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Regelung in Abs. 6 zum einen nur solange gilt, bis im Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V eine Regelung getroffen wird, die sodann automatisch Abs. 6 ersetzt, zum anderen Abs. 6 keine präjudizierende Wirkung für einen getrennt abzuschließenden Arzneimittelversorgungsvertrag entfaltet.

(7) Die Rechenzentren erhalten eine Fehlerzusammenstellung in Form von Berichtigungslisten. Diesen Berichtigungslisten werden die an die Apotheken ergangenen Benachrichtigungen in Kopie beigelegt.

(8) Wird ein Hilfsmittel vertragswidrig ohne entsprechenden Eignungsnachweis nach § 4 dieses Vertrages oder ohne Genehmigung gemäß § 5 Abs. 3 abgegeben, so ist die AOK berechtigt, die Kosten zu retaxieren und von der

Apotheke zurückzufordern. Hiervon ausgenommen sind Versorgungen im Notfall, die vertragskonform abgerechnet wurden und bei denen eine Genehmigung nicht vorher eingeholt werden konnte.

### **§ 21 Kommunikation**

(1) Sofern die AOK Erklärungen betreffend Abschläge und Berechnungen abgeben will, die das Rechenzentrum vorgenommen hat, kann sie diese auch gegenüber dem Rechenzentrum, über das die Apotheke abgerechnet hat, abgeben, und zwar in der von dem Rechenzentrum verwendeten Mitteilungsförm. Die Erklärung gilt als gegenüber der Apotheke abgegeben, wenn die AOK die Korrekturbeträge je Apotheke unter Nennung des Institutionskennzeichens der Apotheke mitgeteilt und zuvor das Rechenzentrum die Berechnung je Apotheke spezifiziert übermittelt hat. Der SAV erhält von der AOK eine Kopie der Erklärung.

(2) Eine Beanstandung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen erhoben werden. Das Rechenzentrum kann innerhalb von zwei Monaten Einspruch erheben. Der Einspruch gilt für alle betroffenen Apotheken.

(3) Die betroffenen Apotheken können den Einspruch des Rechenzentrums durch eigene Argumente ergänzen, die von der AOK zu berücksichtigen sind. Die Möglichkeit der Apotheke, Einspruch gegen eine Beanstandung zu erheben, bleibt unberührt.

(4) Eine Absetzung erfolgt erst nach Ablauf der Einspruchsfrist oder Ablauf des Einspruchsverfahrens. Bevor die AOK Rechnungsbeträge kürzt, prüfen die Vertragspartner, ob die aufgetretenen Meinungsverschiedenheiten einvernehmlich, notfalls durch Föhren eines Musterprozesses, gelöst werden können.

### **§ 22 Datenschutz**

Die Apotheken dürfen die ihnen mit den Verordnungsblättern offenbarten personenbezogenen Daten nur in dem datenschutzrechtlich zulässigen Umfang verwenden.

### **§ 23 Allgemeine Zusammenarbeit**

Die Versicherten und die Vertragsärzte/Zahnärzte dürfen bei der Lieferung weder von den Apotheken zu Lasten der AOK noch von der AOK zu Gunsten bestimmter Apotheken oder Lieferanten beeinflusst werden. Dies gilt auch für die Zuweisung von Verordnungen an einzelne Apotheken/Lieferanten.

## **§ 24 Klärung von Meinungsverschiedenheiten**

(1) Meinungsverschiedenheiten, die sich aus Taxfragen sowie über die Auslegung des Vertrages und/oder seiner Anlagen ergeben, werden von einem paritätisch besetzten Ausschuss bearbeitet, der sich aus je 3 Vertretern des SAV und der AOK zusammensetzt.

(2) Die Geschäfte des Ausschusses führt der SAV. Jede Vertragspartei benennt eine verantwortliche Stelle, mit der die Anrufung, die Terminierung und das Protokoll abgestimmt werden. Der Ausschuss tritt binnen 14 Tagen nach Anrufung zusammen.

(3) Einstimmige Beschlüsse des Ausschusses sind für alle Beteiligten - auch für die Apotheke - verbindlich. Unabhängig von der Anrufung des Ausschusses bleibt es den Beteiligten unbenommen, eine gerichtliche Klärung der strittigen Fragen herbeizuführen; hierfür ist Gerichtsstand Saarbrücken.

## **§ 25 Vertragsmaßnahmen**

Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die AOK nach Anhörung des Betroffenen, bei Mitgliedsapotheken im Benehmen mit dem SAV, folgende Vertragsmaßnahmen aussprechen:

- a) Verwarnung
- b) Vertragsstrafe bis zu 25.000 Euro

## **§ 26 Inkrafttreten und Kündigung**

(1) Dieser Vertrag einschließlich der Anlagen tritt am 01. Oktober 2015 in Kraft. Zum gleichen Zeitpunkt tritt der Hilfsmittelliefervertrag vom 1. Oktober 2006 außer Kraft.

(2) Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens aber zum 30. Juni 2017 schriftlich gekündigt werden.

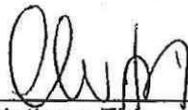
(3) Die Anlagen können im gegenseitigen Einvernehmen jederzeit aufgehoben oder geändert werden, ohne dass es der Kündigung des Vertrages bedarf. Das nach § 7 Abs. 1 vereinbarte Leistungs-/ Preisverzeichnis kann (auch produktgruppenspezifisch) gesondert unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Abs. 4 findet keine Anwendung.

(4) Für den Fall der Kündigung wird dieser Vertrag bis zum Zustandekommen einer Neuregelung, jedoch nicht länger als zwölf Monate, weiter angewendet.

(5) Die Vertragspartner erklären sich bereit, bei Inkrafttreten neuer gesetzlicher Bestimmungen, Änderungen der Rahmenverträge nach §§ 129 und 300 SGB V oder bei Änderungen im Leistungsumfang der Präqualifizierung entsprechend den Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V unverzüglich über eine Anpassung dieses Vertrages zu verhandeln.

Saarbrücken, den 4.8.15

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
- Die Gesundheitskasse  
Landesdirektion Saarland



Christiane Firk  
Landesgeschäftsführerin

Saarbrücken, den 21.08.15

Saarländischer Apothekerverein e.V.



Claudia Berger  
Vorsitzende

### **Anlage 1 (§ 2 Abs. 3) Beitrittserklärung zum Vertrag**

Ich gehöre dem Saarländischen Apothekerverein nicht als Mitglied an. Als Eigentümer/Pächter/Verwalter der .....-Apotheke in .....  
..... erkläre ich den Beitritt zu

- a) dem zwischen dem Saarländischen Apothekerverein und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland geschlossenen Hilfsmittelliefervertrag,
- b) den zwischen dem Deutschen Apothekerverband und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geschlossenen Rahmenverträgen nach §§ 129 und 300 SGB V einschließlich aller Anlagen. Künftige Änderungen und Beschlüsse des Vertragsausschusses erkenne ich als für mich verbindlich an.

## Anlage 2 Leistungs-/Preisverzeichnis (§ 7 Abs. 1)

### Anlage 2 Leistungs-/Preisverzeichnis

Bei der Auswahl der Produkte ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten (Vgl. § 5 Abs. 2)

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
	<b>01 Absauggeräte</b>			
01A	01.35.01	Milchpumpen Miete pro Tag	1,48 €	
01A	01.99.01.2 01.99.01.5	Absaugsets für elektr. Milchpumpe Brusthauben	EK + 18%	
01B	01.24.01-04	Sekret-Absauggeräte	EK + 18%	
01C	01.24.05	Hilfsmittel zur Wunddrainage	EK + 18%	
01D	01.99.01.0 01.99.01.1 01.99.01.3 01.99.01.4	Absaugkatheter Absaugrohre für Laryngektomierte Sonstiges Zubehör Geschlossene Absaugsysteme = Zubehör	EK + 18%	
	<b>02 Adaptionshilfen</b>			
02A	02.40.01 02.40.02 02.40.03 02.40.04 02.40.05 02.40.06 02.40.07.0 02.40.07.1 02.40.07.3	Anziehhilfen Ess- und Trinkhilfen Rutschfeste Unterlagen Greifhilfen Halterungen/Greifhilfen für Produkte zur Körperhygiene Schreibhilfen Mundstab Umblättrgeräte manuell/Blattwender Leseständer	EK + 18%	

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
	<b>03 Applikationshilfen</b>			
	im Sprechstundenbedarf		EK + 10%	
03A	03.36.01.0 03.36.01.1	Spülsysteme, Schwerkraft Spülsysteme, pumpenabhängig	EK + 18%	
	03.36.01.2 (siehe 03D)			
03B	03.99.01 03.99.02 03.99.03	Spritzen Anwendungshilfen für Spritzen Pens	EK + 18%	
03C	03.36.02 03.36.03 03.99.07 03.99.07.0 03.99.07.1 03.99.07.2 03.99.07.3 03.99.07.4 03.99.08 03.99.09 03.99.09.0	Transnasale Ernährungssonden Perkutane Ernährungssonden Verbrauchseinheiten zur enteralen Therapie Überleitsysteme zur Schwerkraftapplikation ohne integrierten Beutel Überleitsysteme zur Schwerkraftapplikation mit integriertem Beutel Überleitsysteme zur Pumpenapplikation ohne integrierten Beutel Überleitsysteme zur Pumpenapplikation mit integriertem Beutel Ernährungsbeutel/-container Verbrauchsmaterialien zur Infusionstherapie Zubehör zur enteralen/parenteralen Therapie Infusionsständer	EK + 18% EK + 18% EK + 18% EK + 3% EK + 3% EK + 3% EK + 3% EK + 3% EK + 3% EK + 18% EK + 18% EK + 3%	
03C	03.99.10	Wechselsets zu perkutanen Ernährungssonden	EK + 18%	
03D	03.36.01.2	Elektrisch betriebene Spülsysteme	EK + 18%	
03E	03.99.04 03.99.05 03.99.06	Infusionspumpen (mechanisch, hydraulisch, pneumatisch) Elektronische Infusionspumpen Ernährungspumpen	EK + 18%	
03E	03.99.12	Insulinpumpen	EK + 18%	
03E	03.99.99.0 03.99.99.1 03.99.99.1001 03.99.99.1020 03.99.99.3 03.99.99.4	Abrechnungspositionen für Zubehör Abrechnungspositionen für Verbrauchsmaterialien Abrechnungsposition für Pen-Kanülen Mandrin für Ernährungssonden Abrechnungspositionen für Reparaturen Abrechnungspositionen für Wartungen	EK + 18% EK + 18% VP 0,23 €/Stück EK + 3% / /	nein nein nein nein ja ja

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
	<b>04 Badehilfen</b>			
04B	04.40.02 04.40.03 04.40.04 04.40.05	Badewannensitze Duschhilfen Badewanneneinsätze Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen	EK + 18%	-
	<b>05 Bandagen</b>			
05A	05.01.01 05.02.01 05.02.01.0 05.04.01 05.04.01.0	Mittelfußbandagen Bandagen zur Sprunggelenkweichteilkompression mit Pelotten Bandagen zur Sprunggelenkweichteilkompression Kniebandagen mit Pelotten zur Weichteilkompression Kniebandagen zur Weichteilkompression	EK + 18% EK + 18% VP 53,33€ EK + 18% VP 53,33€	
05B3	05.05.01 05.07.01 05.07.02 05.07.02.0035 05.08.01 05.08.01.1 05.09.01 05.09.02 05.11.01 05.11.03.0 05.11.03.1 05.11.03.5 05.11.05	Hüftdysplasie-/Luxationsbandagen Daumensattelgelenkbandagen Handgelenkbandagen Manutrain Kompressionsbandagen Ellenbogen-Kompressionsbandage mit Pellotte Schultergelenkbandagen Claviculabandagen Rippenbruchbandagen Damenleibbinden Herrenleibbinden Schwangerschaftsleibbinden Leib-Kompressionshosen für Stomaträger	EK + 18% EK + 18% EK + 18% VP 63,21€ EK + 18% VP 53,33€ EK + 18% EK + 18%	
05C	05.11.03.2 05.11.04	Konfektionierte Stomabandage Brustbandagen	EK + 18%	

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Duktgruppe/-untergruppe/-art	Pro-	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
	<b>07 Blindenhilfsmittel</b>				
07A	07.50.01		Blindenlangstöcke	EK + 18%	
	<b>08 Einlagen</b>				
08A	08.03.06		Stoßabsorber	Festbetrag	
	<b>09 Elektrostimulationsgeräte</b>				
09A	09		Elektrostimulationsgeräte		ja
	<b>10 Gehhilfen</b>				
10A	10.46.01 10.46.01.0 10.46.01.1 10.46.01.2 10.50.04 10.50.01 10.50.02 10.50.03		Gehgestelle Gehgestelle starr Reziproke Gehgestelle Gehgestelle mit 2 Rollen Fahrbare Gehhilfen Hand-/Gehstöcke Unterarmgehstützen Achselstützen *) = Wartung und Gewährleistung für 5 Jahre inklusive	EK + 18% 68,51 € 77,57 € 77,57 € 50,00 € *) EK + 18% EK + 18% EK + 18%	
	<b>14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte</b>				
14D	14.24.01		Aerosol-Inhalationsgeräte für tiefe Atemwege	EK + 18% (inkl. Vernebler, Maske, Winkel), max. 125,00 €	
14D	14.24.02 14.24.03 14.24.08.0 14.24.08.1 14.99.99.0 14.99.99.1		Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege Inhalationshilfen PEP-Mundsysteme PEP-Maskensysteme Zubehör Verbrauchsmaterialien	EK + 18% EK + 18% EK + 18% EK + 18% EK + 10% EK + 10%	



Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
	<b>17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie</b>			
17A	17.06.01.0 17.06.01.1 17.06.02.0 17.06.02.1 17.06.03.0 17.06.03.1 17.06.04.0 17.06.04.1 17.06.05.0 17.06.05.1 17.06.07.0 17.06.07.1 17.06.07.2 17.06.07.3	Wadenstrümpfe KKL 1 A-D, Serienfertigung Wadenstrümpfe KKL 2 A-D, Serienfertigung Halbschenkelstrümpfe KKL 1 A-F, Serienfertigung Halbschenkelstrümpfe KKL 2 A-F, Serienfertigung Schenkelstrümpfe KKL 1 A-G, Serienfertigung Schenkelstrümpfe KKL 2 A-G, Serienfertigung Strumpfhosen KKL 1 Strumpfhosen KKL 2 Stumpfstrümpfe Unterschenkel Stumpfstrümpfe Oberschenkel Hautkleber Strumpfhaltersysteme einseitig Strumpfhaltersysteme doppelseitig Leibteile/-gurte	Festbetrag	nein
17A	17.06.08 17.06.09	Kompressionswadenstrümpfe zur Ulcus cruris Behandlung nicht besetzt		ja
17A	17.06.10.0 17.06.10.1 17.06.11.0 17.06.11.1 17.06.12.0 17.06.12.1 17.06.13.0 17.06.13.1	Wadenstrümpfe KKL 1 A-D, nach Maß, rundgestrickt Wadenstrümpfe KKL 2 A-D, nach Maß, rundgestrickt Halbschenkelstrümpfe KKL 1 A-F, nach Maß, rundgestrickt Halbschenkelstrümpfe KKL 2 A-F, nach Maß, rundgestrickt Schenkelstrümpfe KKL 1 A-G, nach Maß, rundgestrickt Schenkelstrümpfe KKL 2 A-G, nach Maß, rundgestrickt Strumpfhosen KKL 1, nach Maß, rundgestrickt Strumpfhosen KKL 2, nach Maß, rundgestrickt	Festbetrag	nein
17	17.99.99.0002 17.99.99.2006 17.99.99.2008 17.99.99.2018 17.99.99.2020	Kompressionspelotten incl. Tasche Hüftbefestigung für A-F und A-G Strümpfe Hafrand Eingriff für Leibteil Stomaöffnung im Leibteil	Festbetrag	nein

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
17A	17.06.14.0 17.06.14.1 17.06.15.0 17.06.15.1 17.06.16.0 17.06.16.1 17.06.17.0 17.06.17.1 17.06.18.0 17.06.18.1 17.06.19.0 17.06.19.1 17.06.20.0	Wadenstrümpfe KKL 1 A-D, nach Maß, flachgestrickt Wadenstrümpfe KKL 2 A-D, nach Maß, flachgestrickt Halbschenkelstrümpfe KKL 1 A-F, nach Maß, flachgestrickt Halbschenkelstrümpfe KKL 2 A-F, nach Maß, flachgestrickt Schenkelstrümpfe KKL 1 A-G, nach Maß, flachgestrickt Schenkelstrümpfe KKL 2 A-G, nach Maß, flachgestrickt Strumpfhosen KKL 1, nach Maß, flachgestrickt Strumpfhosen KKL 2, nach Maß, flachgestrickt Caprihose KKL 1, nach Maß, flachgestrickt Caprihose KKL 2, nach Maß, flachgestrickt Bermudahose KKL 1, nach Maß, flachgestrickt Bermudahose KKL 2, nach Maß, flachgestrickt Kompressionswadenstrümpfe nach Maß zur Ulcus cruris Behandlung		ja
17B	17.10.01 17.10.03 17.10.04 17.10.05	Med. Kompressionsarmstrümpfe, Serienfertigung Med. Kompressionsarmstrümpfe nach Maß, rundgestrickt Med. Kompressionsarmstrümpfe nach Maß, flachgestrickt geplant Unterarmstrumpf		ja

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
<b>18 Kranken-/Behindertenfahrzeuge</b>				
18B	18.46.02 18.46.03	Toilettenrollstühle Duschrollstühle	EK + 18%	ja
<b>19 Krankenpflegeartikel</b>				
19B	19.40.04 19.40.05 19.99.01	Stechbecken/Bettpfanne Bettscutzeinlagen Einmalhandschuhe	EK + 18%	
19B	51.40.01 51.45.01 51.45.02 53.45.01 54 98.99.01	Krankenpflegeartikel Produkte zur Hygiene im Bett Waschsysteme Wird noch erstellt Lagerungsrollen Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Sonstige Pflegehilfsmittel		Nach genehmigtem Kostenvoranschlag
<b>20 Lagerungshilfen</b>				
20B	20.09.01 20.10.01 20.29.01 20.29.04	Schulterabduktion-Lagerungshilfe Lagerungsschale für Arme Lagerungskeile Therapieauflagen	EK + 18%	
20C	20.06.06	Beinlagerungshilfen	EK + 18%	
20E	20.39.01	Sitzringe	EK + 18%	
<b>21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen</b>				
21B	21.24.01 21.28.01 21.34.01 21.34.02 21.99.01 21.99.02 21.99.99.0 21.99.99.0001 21.99.99.1 21.99.99.1001	Spirometer Blutdruckmessgeräte Blutgerinnungsmessgeräte Blutzuckermessgeräte (ohne USB) Personenwaagen Sprachausgaben zu Messgeräten Zubehör Stechhilfen Verbrauchsmaterialien Lanzetten	EK + 18% VP 34,00€ / VP 18,00€ / / EK + 18% VP 20,38 € EK + 18% VP bis 199 St. 0,10€/St, ab 200 St. 0,08€/St	nein nein ja nein ja ja ja nein nein nein nein

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvorschlag
	<b>22 Mobilitätshilfen</b>			
22A	22.29.01 22.29.02	Umsetz- und Hebehilfen Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle		ja
	<b>23 Orthesen/Schienen</b>			
23A3	23.01.01 23.02.01 23.02.02.0 23.02.02.1 23.02.02.2 23.02.02.3 23.03.02.0 23.04.01.0 23.04.01.1 23.04.01.2 23.04.01.3 23.04.05.0	Vor- und Mittelfuß-Korrekturorthesen Sprunggelenksorthesen zur Immobilisierung Sprunggelenksorthesen zur Stabilisierung in einer Ebene Sprunggelenksorthesen zur Stabilisierung ein einer Ebene, einstellbar Sprunggelenksorthesen zur Stabilisierung in mind. zwei Ebenen Sprunggelenksorthesen zur Stabilisierung in mind. zwei Ebenen, einstellbar Fußheberorthesen mit Stabi.-Elementen Fußrücken Knieorthesen zur Immobilisierung, gerade Knieorthesen zur Immobilisierung, gebeugt Knieorthesen zur Immobilisierung, einstellbar Knieorthesen zur Immobilisierung und Entlastung Orthesen zur Beeinflussung des Patellagleitweges	EK + 18% EK + 18% VP 73,08€ EK + 18% EK + 18%	
23B3	23.07.01 23.07.02 23.08.04 23.09.01.0 23.11.01 23.12.03 23.12.03.0 23.13.01.0 23.14.03.0 23.14.03.1 23.14.03.2 23.14.03.3 23.16.02.0 23.16.02.1 23.16.03	Daumenorthesen zur Immobilisierung Handorthesen zur Immobilisierung Ellenbogenorthesen zur Entlastung Schultergelenkorthesen zur Immobilisierung in def. Pos. Beckenorthesen zur Stabilisierung HWS Orthesen zur Stabilisierung HWS-Stabilisierungsothese BWS Orthesen zur Entlastung Korrektur/Geradehalter Stabilisationsorthesen Stabilisationsorthesen mit Zugelementen Stabilisationsorthese mit Pelotte Stabilisierungsothese mit Pelotte und Zugelement Nabelbruchbänder Nabelbruchbänder für Kinder Suspensorien	EK + 18% EK + 18% EK + 18% EK + 18% EK + 18% EK + 18% VP 20,45€ EK + 18% VP 114,03€ VP 114,03€ VP 122,85€ VP 122,85€ EK + 18% EK + 18% EK + 18%	

Versorgungsbereiche der Präqualifizierung	Versorgungsteilbereiche nach Produktgruppe/-untergruppe/-art	Inhalt der Versorgungsteilbereiche	Abrechnungspreis (netto)	Genereller Kostenvoranschlag
	<b>25 Sehhilfen</b>			
25C	25.21.36.4 25.21.37.0	Okklusionspflaster Uhrglasverbände	EK + 18%	
	<b>33 Toilettenhilfen</b>			
33A	33	Toilettenhilfen	EK + 18%	
	<b>99 Verschiedenes</b>			
99C	99.27.01	Erektionsringe	EK + 18%	
99D	99.27.02	Vakuum-Erektionssysteme	EK + 18%	
99E	99.27.03	wird noch erstellt		
99F	99.42.01	Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase	EK + 18%	

### **Anlage 3 (§ 11 Abs. 1) Zahlung an Rechenzentren**

(1) Rechenzentren, die einen durchschnittlichen Abrechnungsbetrag von monatlich 77.000 Euro geltend machen, erhalten von der AOK eine Abschlagszahlung mit Valutastellung zum 6. des der Lieferung folgenden Monats in Höhe von 80% des Rechnungsbetrages des vorangegangenen Monats. Die Restzahlung erfolgt zum 10. Tag nach Rechnungseingang.

(2) Bei verspäteter Datenlieferung (§ 13 Abs. 1 und 2) kann die AOK die nächstmögliche Vorauszahlung um zwei Prozentpunkte kürzen, wenn es sich um mehr als zwei Verspätungen innerhalb von zwölf Monaten handelt; werden die Daten erst nach Ablauf des Kalendermonats geliefert, in dem die Rechnung übermittelt wurde, kann die Abschlagszahlung um fünf Prozentpunkte gekürzt werden. Die Kürzungen sind mit der nächsten Restzahlung nach Eingang der Datenlieferung auszugleichen.

#### **Anlage 4 (§ 15 Abs. 2) Kosten Nacherfassungsaufwand**

(1) Die AOK zahlt für den Mehraufwand, der bei der Datenaufbereitung durch mangelhafte Qualität der Beschriftung des Ordnungsblattes im Arztfeld entsteht, für jedes korrigierte sowie jedes im Ersatzverfahren erfasste Zeichen 0,0051 EUR zuzüglich Mehrwertsteuer.

(2) Muss das Ausstellungsdatum nacherfasst werden, sind die Apotheken und das von ihnen beauftragte Rechenzentrum berechtigt, statt des auf dem Ordnungsblatt angegebenen Ausstellungsdatums den letzten Tag des Liefermonats zu übermitteln; wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, entfällt insoweit eine Erstattung des Mehraufwandes für eine Nachkorrektur.

(3) Die Rechenzentren erstellen ein Fehlerprotokoll, wahlweise auf Papier oder Datenträger, in dem die Zahl der im Arztfeld nacherfassten Zeichen je Arzt enthalten ist.

(4) Können sich die Vertragspartner nicht über eine Veränderung des Entgelts nach Absatz 1 einigen, gilt § 6 Abs. 7 Satz 4 bis 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V entsprechend.

### **Anlage 5 (§ 17) Datenannahmestellen**

Datenannahmestelle ist für die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse: Arbeitsgemeinschaft AOK-Rechenzentrum-Mitte, Fünftenweg, 34613 Schwalmstadt-Ziegenhain.

## **Anlage 6 (§ 2 Abs. 6) Verträge nach § 127 SGB V**

Zum 01.07.2015 bestehende Verträge nach § 127 SGB V:

- Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 (aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel) gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
- Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 29 (Stomaartikel) gemäß § 127 Abs. 2 SGB V
- Vertrag über die Versorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 2 SGB V

### **Protokollnotiz (§ 2 Abs. 6) Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V**

(1) Kommt es zu einem Vertragsschluss nach § 127 Abs. 2 SGB V (Vertragsausruf) zwischen dem SAV und der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, so ersetzt der neue Vertrag automatisch den Altvertrag für die jeweilige/n Produktgruppe/n.

(2) Erhält ein Leistungserbringer nach Durchführung einer Ausschreibung gemäß § 127 Abs. 1 SGB V in einer Produktgruppe den Zuschlag, endet die Versorgungsberechtigung der übrigen Leistungserbringer für diese Produktgruppe mit dem Beginn des Vertrags, der mit dem Leistungserbringer aufgrund des Zuschlages geschlossen wurde, ohne dass es einer Kündigung der bestehenden Verträge durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bedarf. Dies aber nur, soweit Abs. 3 eingehalten wurde. Leistungen dürfen nach vorgeanntem Vertragsbeginn nicht mehr zu Lasten der AOK von ehemaligen Vertragspartnern an AOK-Versicherte abgegeben werden und müssen von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland nicht mehr vergütet werden. Hiervon ausgenommen sind Leistungen, die ausdrücklich von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland genehmigt wurden. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

(3) Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland informiert den SAV rechtzeitig über die Bekanntgabe der Vertragsabschlussabsicht, den Vertragsbeginn und eventuelle Verzögerungen aufgrund von Rechtsmittelverfahren.

(4) Den Vertragspartnern ist bekannt, dass Vertragsveränderungen in den Apotheken einer EDV-technisch bedingten Umsetzungszeit von 6 Wochen bedürfen.

(5) Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland verpflichtet sich, die Leistungserbringer über Ausschreibungen (§ 127 Abs. 1 SGB V) und Vertragsausrufe (§ 127 Abs. 2 SGB V) rechtzeitig zu informieren.

### **Protokollnotiz (§ 5 Abs. 5) Genehmigungsverfahren**

Die AOK teilt dem SAV die für die Erteilung der Genehmigung zuständigen Ansprechpartner mit Telefon- und Faxnummer mit. Die Genehmigung wird im Interesse einer schnellen Versorgung des Versicherten vorab mit Hilfe des vereinbarten Formulars (Anlage 7) per Fax bei der AOK eingeholt.

## Anlage 7 Formular Kostenvoranschlag

### Kostenvoranschlag zur Belieferung von Hilfsmitteln

Name der Kranke: \_\_\_\_\_

Gemäß der beigefügten ärztlichen Verordnung, beantragen wir die Belieferung von Hilfsmitteln zu genehmigen:

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

IK: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Name d. Versicherten \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Hilfsmittels: \_\_\_\_\_

Menge: \_\_\_\_\_

Hersteller des Hilfsmittels: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Kassenarzt Nummer: \_\_\_\_\_

Verordnungsdatum: \_\_\_\_\_

Hier ggf. Rezept hereinkopieren

Hilfsmittelpositionsnummer(n): \_\_\_\_\_

Preis der/des Hilfsmittel/s inkl. MwSt in €: \_\_\_\_\_

Ggf. abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung des Versicherten: \_\_\_\_\_

Gesamtabgabepreis Inkl. MwSt: \_\_\_\_\_

Nur für interne Kassenvermerke

Datum/Stempel der Apotheke: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_