

ARZNEILIEFERUNGSVERTRAG PRIMÄRKASSEN

**– gültig ab 01. August 2011
in der Fassung vom 01.05.2013 –**

Zwischen

dem Apothekerverband Nordrhein e.V., Düsseldorf,
dem Apothekerverband Westfalen-Lippe e.V., Münster,

- im Folgenden Apothekerverbände genannt -

einerseits

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse -, Düsseldorf,
der AOK NORDWEST- Die Gesundheitskasse - , Dortmund,
dem BKK Landesverband NORDWEST, Essen,
der Vereinigten IKK, Düsseldorf,
der Knappschaft, Bochum,
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, Münster,
der Krankenkasse für den Gartenbau - vertreten durch die
Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen -

- im Folgenden Landesverbände genannt -

andererseits

wird unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 300 SGB V folgender Vertrag nach § 129 Abs. 5 SGB V vereinbart:

INHALTSÜBERSICHT

Erster Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 4 Allgemeine Abgabebestimmungen

Zweiter Abschnitt Abgabe von Mitteln nach § 31 SGB V

- § 5 Auswahl preisgünstiger Arzneimittel (aut idem und Rabattverträge)
- § 6 Abgabe importierter Arzneimittel
- § 7 Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen
- § 8 Besondere Abgabebestimmungen

Dritter Abschnitt Preisberechnung für Mittel nach § 31 SGB V

- § 9 Allgemeine Bestimmungen
- § 10 Preisberechnung
- § 11 Zuzahlung

Vierter Abschnitt Abrechnung, Datenaufbereitung und -übermittlung, Nacherfassung von Arztfelddaten

- § 12 Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung
- § 13 Rechnungslegung
- § 14 Weiterleitung der Verordnungsblätter
- § 15 Datenübermittlung
- § 16 Rechnungsbegleichung
- § 17 Rechnungs- und Taxbeanstandungen

Fünfter Abschnitt Sonstige Bestimmungen

- § 18 Datenschutz
- § 19 Vertrauensvolle Zusammenarbeit
- § 20 Vertragsmaßnahmen

Sechster Abschnitt Schlussbestimmungen

- § 21 Inkrafttreten und Kündigung

Erster Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

§ 1
Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag regelt

1. die Versorgung der Versicherten der Krankenkassen (im Folgenden Versicherte genannt) mit Mitteln nach § 31 SGB V¹ nach Maßgabe dieses Vertrages sowie
 2. die Lieferung des Sprechstundenbedarfs
- aufgrund vertragsärztlicher oder vertragszahnärztlicher Verordnung.

§ 2
Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag gilt für die Krankenkassen der von den Landesverbänden vertretenen Kassenarten bundesweit.
- (2) Dieser Vertrag gilt für öffentliche Apotheken in Nordrhein-Westfalen, deren Inhaber einem der Apothekerverbände angehören. Diese teilen den Vertragspartnern benannten Stellen² Veränderungen ihres Mitgliederbestandes (Zu- und Abgänge) unverzüglich mit.
- (3) Öffentliche Apotheken in Nordrhein-Westfalen, deren Inhaber nicht einem der Apothekerverbände angehören, nehmen an der Versorgung teil, wenn sie die Erklärung nach Anlage 1 gegenüber der zuständigen Stelle gemäß Absatz 2 abgegeben haben.
- (4) Öffentliche Apotheken, deren Inhaber weder einem der Apothekerverbände angehören noch dem Vertrag beigetreten sind, sind von der Lieferung ausgeschlossen.
- (5) Die Landesverbände können die Teilnahme eines Apothekeninhabers an diesem Vertrag innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Mitteilung nach Absatz 2 oder nach Zugang der Erklärung nach Absatz 3 ablehnen, wenn ein Grund vorliegt, der einen Ausschluss von der Teilnahme an diesem Vertrag rechtfertigen würde. Wird dieser Grund erst nach Zugang der Mitteilung oder Erklärung bekannt, bleibt das Recht zum Ausschluss von der Teilnahme am Vertrag unberührt.
- (6) Filialapotheken gelten als Unternehmensteil einer Apotheke.

§ 3
Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Apotheker gewährleistet, dass die Versicherten der Krankenkassen nach den gleichen Grundsätzen versorgt werden.
- (2) Der Apotheker verpflichtet sich zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität (§§ 12 und 70 SGB V).

¹ Bei Mitteln nach § 31 SGB V handelt es sich um Arzneimittel, Verbandmittel, Harn- und Blutzuckerteststreifen, Medizinprodukte sowie bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung (Stand: 01.08.2011).

² Für Westfalen-Lippe ist dies: Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Westfalen-Lippe
44623 Dortmund, Nortkirchenstraße 103
Für Nordrhein ist dies: BKK Landesverband NORDWEST
45128 Essen, Kronprinzenstraße 6

- (3) Der Apotheker darf mit Dritten keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen treffen, die die Zuführung von Versicherten oder die Belieferung von Einzelverordnungen zum Gegenstand haben. Eine Beeinflussung der Versicherten, sich bestimmte Mittel zu Lasten der Krankenkassen verordnen zu lassen, ist ebenfalls unzulässig.
- (4) Der Apotheker haftet gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen.

§ 4

Allgemeine Abgabebestimmungen

- (1) Die Belieferung erfolgt aufgrund ordnungsgemäß ausgestellter vertrags(zahn)ärztlicher Verordnung. Es gelten die zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages Ärzte und Zahnärzte nach § 87 SGB V vereinbarten und die amtlichen Verordnungsblätter in der jeweils gültigen Fassung. Gibt eine Krankenkasse Berechtigungsscheine oder sonstige Bezugsberechtigungen aus, kann der Apotheker nach Maßgabe dieses Vertrages liefern. Die Abrechnung ist mit der Krankenkasse abzusprechen; bei Abrechnung über ein Rechenzentrum sind die Bestimmungen der Datenübermittlung (§ 15) einzuhalten.
- (2) Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertrags(zahn)ärztliche Verordnung, wenn sie neben dem Mittel folgende Angaben enthält:
 - a. Bezeichnung der Krankenkasse
 - b. Kassen-Nummer
 - c. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
 - d. Versicherten-Nummer
 - e. Betriebsstättennummer und lebenslange Arztnummer
 - f. Gültigkeitsdatum der Versichertenkarte
 - g. Ausstellungsdatum
 - h. Status des Versicherten (einschließlich der Kennzeichen nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V)
 - i. Kennzeichnung der Statusgruppen 6, 8 und 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
 - j. Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend
 - k. Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
 - l. Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung, soweit zutreffend
 - m. Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
 - n. Unterschrift des Vertragsarztes
 - o. Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck.
- (3) Die Angaben gemäß Absatz 2 werden vom Arzt auf das Verordnungsblatt übertragen; ein Fehlen einzelner Angaben nach Buchstaben a. oder b., c. oder d.³, e., f. und h. bis m. berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung; Mindestangaben sind jedoch a. oder b., c. oder d. und g., die vollständig auf der Verordnung angegeben sein müssen. Formfehler können im Einzelfall vom Apotheker geheilt werden.⁴ Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen.
- (4) Der Apotheker ist zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen Krankenkasse und, vorbehaltlich des Absatzes 5, zur Prüfung der Verordnungsfähigkeit des verschriebenen Mittels nicht verpflichtet. Der Zahlungsanspruch richtet sich gegen den auf der Verordnung angegebenen Kostenträger.

³ Bei Anwendung des Ersatzverfahrens (Ausstellung einer vertrags(zahn)ärztlichen Verordnung ohne Vorlage der Krankenversichertenkarte) genügen Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten als Angabe zu Buchstabe d. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln darf auf die Angabe von Name und Vorname des Versicherten nicht verzichtet werden.

⁴ Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten.

- (5) Verordnungen von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen beliefert werden, soweit sie nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 31 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen und nicht von den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Arzneimittel-Richtlinien) erfasst sind.
- Zu Lasten der Krankenkassen dürfen außerdem nicht abgegeben werden:
- a. Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind und namentlich in der Anlage II der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Arzneimittel-Richtlinien) genannt sind,
 - b. Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 3 SGB V von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen und in der Übersicht nach § 93 Abs. 1 SGB V enthalten sind,
- (6) Gefälschte Verordnungen oder Verordnungen auf missbräuchlich benutzten Verordnungsblättern dürfen nicht beliefert werden, sofern der Apotheker die Fälschung oder den Missbrauch erkennt oder hätte erkennen müssen.
- (7) Liegen erkennbare Anhaltspunkte für eine missbräuchliche Verwendung von Verordnungen vor, schaltet der Apotheker seinen Verband ein; dieser informiert unverzüglich die zuständige Krankenkasse.
- (8) Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats⁵ nach der Ausstellung beliefert werden; dies gilt auch für den Sprechstundenbedarf. Bei Fristüberschreitung entfällt der Anspruch auf Vergütung, es sei denn, der Apotheker macht glaubhaft, dass die Fristüberschreitung aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung unvermeidbar war. Wird eine Verordnung nach Monatsfrist nach der Ausstellung, aber noch innerhalb von zwei Monaten nach Ausstellung der Verordnung in der Apotheke vorgelegt, dürfen die Mittel im Ausnahmefall abgegeben werden, wenn zuvor Rücksprache mit dem Arzt genommen wurde und der Arzt gegen die Abgabe keine Einwände erhebt und der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt vermerkt.
- (9) Die Leistungen haben den vertrags(zahn)ärztlichen Verordnungen zu entsprechen. Änderungen und Ergänzungen der Verordnungen im Hinblick auf Bezeichnung und Menge dürfen nur vom Arzt veranlasst werden und sind von diesem zu unterzeichnen.⁶
- (10) Legt ein Versicherter eine Privatverordnung mit dem Vermerk „mangels Krankenversichertenkarte“ vor, hat der Apotheker bei der Belieferung dieser Verordnung die Bestimmungen des Vertrages zu beachten. Der Apotheker ist berechtigt, vom Versicherten Barzahlung zu verlangen. Der Betrag ist zurückzuzahlen, wenn der Versicherte innerhalb eines Monats dafür eine ordnungsgemäß ausgestellte vertrags(zahn)ärztliche Verordnung vorlegt. Die Privatverordnung ist einzuziehen.

⁵ Eine Verordnung über Betäubungsmittel darf nach § 12 BtmVVO nur innerhalb von 7 Tagen beliefert werden.

⁶ Steht in besonderen Ausnahmefällen der Arzt, der eine Änderung/Ergänzung veranlasst hat, für eine Unterzeichnung nicht zur Verfügung, hat der Apotheker die Änderung mit dem Hinweis hierauf abzuzeichnen.

Zweiter Abschnitt
Abgabe von Mitteln nach § 31 SGB V

§ 5
Auswahl preisgünstiger Arzneimittel
(aut idem und Rabattverträge)

- (1) Hat der Vertragsarzt ein Arzneimittel
- nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder
 - die Ersetzung eines unter seinem Produktnamen verordneten Fertigarzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen (aut idem),
- hat die Apotheke unter folgenden Voraussetzungen ein der Verordnung entsprechendes Fertigarzneimittel auszuwählen und nach den Vorgaben der Absätze 2 bis 4 abzugeben und zu berechnen
- a. gleicher Wirkstoff
- dabei gelten die verschiedenen Salze, Ester, Ether, Isomere, Mischungen von Isomeren, Komplexe und Derivate eines Wirkstoffes als ein und derselbe Wirkstoff, es sei denn ihre Eigenschaften unterscheiden sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen erheblich hinsichtlich der Unbedenklichkeit und der Wirksamkeit. Wirkstoffgleich sind auch biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, sofern diese auf das jeweilige Referenzarzneimittel Bezug nehmend zugelassen sind und sich in Ausgangsstoffen und Herstellungsprozess nicht unterscheiden; die Verpflichtung der Apotheke zur Berücksichtigung dieser Arzneimittel bei der Auswahl besteht für in **Anlage 1** des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V in der jeweils gültigen Fassung als untereinander wirkstoffgleich aufgeführte Arzneimittel.
- b. identische Wirkstärke,
- c. identische Packungsgröße,
- als identisch gelten auch Packungsgrößen, die nach der geltenden Fassung der Rechtsverordnung nach § 31 Absatz 4 SGB V (Packungsgrößenverordnung) dem gleichen Packungsgrößenkennzeichen zuzuordnen sind.
- Werden Arzneimittel unter Angabe einer N-Bezeichnung und der Menge, z.B. der Stückzahl, verordnet, und ist diese Menge nicht der angegebenen N-Bezeichnung zuzuordnen, ist die verordnete Menge für die Auswahl maßgeblich.
- Werden Arzneimittel nur unter Angabe einer N-Bezeichnung verordnet, gilt Folgendes: Sind rabattbegünstigte Arzneimittel nach Absatz 2 im Handel, die innerhalb des verordneten N-Bereiches nach der geltenden Packungsgrößenverordnung liegen, muss eines dieser Arzneimittel abgegeben werden. Sind nur solche rabattbegünstigte Arzneimittel nach Absatz 2 im Handel, die mit der verordneten N-Bezeichnung nach einer früher geltenden Fassung der Packungsgrößenverordnung bedruckt sind, darf eines dieser Arzneimittel abgegeben werden. Sind sowohl rabattbegünstigte Arzneimittel nach Absatz 2, die innerhalb des verordneten N-Bereiches liegen, als auch rabattbegünstigte Arzneimittel nach Absatz 2, die mit einem N-Kennzeichen nach einer früher geltenden Fassung der Packungsgrößenverordnung bedruckt sind, im Handel, muss eines dieser rabattbegünstigten Arzneimittel abgegeben werden. Absatz 2 Satz 5 bleibt unberührt. Sind keine rabattbegünstigten Arzneimittel nach Absatz 2 im Handel, dürfen auch Arzneimittel abgegeben werden, die mit der gleichen N-Bezeichnung nach einer früher geltenden Fassung der Packungsgrößenverordnung bedruckt sind.

- d. gleiche oder austauschbare Darreichungsform,
 - dabei sind
 - die Darreichungsformen mit identischer Bezeichnung in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) gleich,
 - Darreichungsformen nach den Hinweisen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 129 Absatz 1a SGB V austauschbar,
 - e. Zulassung für ein gleiches Anwendungsgebiet,
 - die Übereinstimmung in einem von mehreren Anwendungsgebieten ist ausreichend,
 - f. keine einer Ersetzung des verordneten Arzneimittels entgegenstehenden betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften; insbesondere hat die abgegebene Menge der verordneten Menge zu entsprechen.
- (2) Die Apotheke hat vorrangig ein wirkstoffgleiches Fertigarzneimittel abzugeben, für das ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V („rabattbegünstigtes Arzneimittel“) besteht, wenn über die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen hinaus
- die Angaben zu dem rabattbegünstigten Arzneimittel nach § 4 Absatz 5 des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V vollständig und bis zu dem vereinbarten Stichtag mitgeteilt wurden,
 - das rabattbegünstigte Arzneimittel im Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung verfügbar ist und
 - in den ergänzenden Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 SGB V nicht anderes vereinbart ist.

Dass ein rabattbegünstigtes Arzneimittel zum Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung vom pharmazeutischen Unternehmer nicht geliefert werden konnte, hat die Apotheke nachzuweisen. Der Nachweis kann durch Vorlage einer Erklärung des pharmazeutischen Unternehmers oder des Großhändlers geführt werden. Sofern die Apotheke das rabattbegünstigte Arzneimittel mangels Verfügbarkeit nicht abgibt, hat sie auf dem Verordnungsblatt das zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sonderkennzeichen anzugeben; das Nähere ist in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V (Technische Anlagen 1 und 3) geregelt. Treffen die Voraussetzungen nach Satz 1 bei einer Krankenkasse für mehrere rabattbegünstigte Arzneimittel zu, kann die Apotheke unter diesen frei wählen.

- (3) Ist ein rabattbegünstigtes Arzneimittel in der Apotheke nicht verfügbar und macht ein dringender Fall die unverzügliche Abgabe eines Arzneimittels erforderlich (Akutversorgung, Notdienst), hat die Apotheke dies auf der Verschreibung zu vermerken, das vereinbarte Sonderkennzeichen aufzutragen und ein Arzneimittel nach den Vorgaben des Absatzes 4 abzugeben; das Nähere zu dem vereinbarten Sonderkennzeichen ist in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V (Technische Anlagen 1 und 3) geregelt. Gleiches gilt in Fällen des § 17 Absatz 5 Apothekenbetriebsordnung.
- (4) Kommt eine vorrangige Abgabe rabattbegünstigter Arzneimittel nach Absatz 2 nicht zustande, stehen unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 die drei preisgünstigsten Arzneimittel und im Falle der aut idem – Ersetzung zusätzlich das namentlich verordnete Arzneimittel, soweit in den ergänzenden Verträgen des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 5 Satz 1 nichts anderes vereinbart ist, oder ein importiertes Arzneimittel nach Maßgabe des § 6 zur Auswahl; zählt das verordnete Arzneimittel zu den drei preisgünstigsten Arzneimitteln, darf das ersetzende Arzneimittel nicht teurer als das namentlich verordnete sein.
- (5) Verlangt ein Versicherter gegen Kostenerstattung aufgrund § 129 Absatz 1 Satz 5 SGB V ein anderes Fertigarzneimittel als das nach Absatz 1, 2 und 4 auszuwählende Arzneimittel, ist ein Fertigarzneimittel abzugeben, das die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt. Der Versicherte zahlt in der Apotheke den Arzneimittelabgabepreis nach der Arzneimittelpreisverordnung. Der

Apothekenabschlag nach § 130 SGB V wird der Krankenkasse im Wege der Abrechnung nach § 300 SGB V gewährt. Die Apotheke gewährt der Krankenkasse mit der Abrechnung ferner die Herstellerabschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 3a und 3b SGB V. Erstattet der pharmazeutische Unternehmer der Apotheke die gewährten Abschläge nicht innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsstellung, ist sie berechtigt diese Abschläge von der Krankenkasse zurückzufordern. Die Apotheke kann die ihr durch die Abwicklung der Herstellerabschläge entstehenden Aufwendungen insbesondere für die Verarbeitung des Ordnungsblattes mit einer Pauschale in Höhe von 0,50 € zuzüglich MwSt. je Ordnungsblatt gegenüber der Krankenkasse im Wege der Abrechnung geltend machen. Reicht der Versicherte das Ordnungsblatt nicht innerhalb der für ihn geltenden Frist bei der Krankenkasse zur Erstattung ein, hat die Krankenkasse die gewährten Abschläge an die Apotheke und den pharmazeutischen Unternehmer zurückzugewähren. Auf dem Ordnungsblatt ist das zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sonderkennzeichen anzugeben; das Nähere zu dem vereinbarten Sonderkennzeichen, zur Abrechnung des Ordnungsblattes und zur Datenübermittlung ist in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V geregelt⁷. Der Versicherte erhält eine Kopie des von der Apotheke bedruckten Ordnungsblattes sowie einen Nachweis über die verauslagten Beträge, soweit diese nicht auf der Kopie enthalten sind.

§ 6

Abgabe importierter Arzneimittel

- (1) Die Apotheken sind zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln an Versicherte nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 verpflichtet. Dies gilt nicht für Arzneimittel, die aufgrund von Sprechstundenbedarfsverordnungen an Vertragsärzte abgegeben werden. Die Abgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels hat Vorrang vor der Abgabe eines nicht rabattbegünstigten importierten Arzneimittels. § 5 Absatz 2 und 3 gelten entsprechend. Kommt eine vorrangige Abgabe rabattbegünstigter Arzneimittel nicht zustande, gelten die Sätze 1 und 2.
- (2) Importierte Arzneimittel im Sinne dieses Vertrages sind Arzneimittel,
 - die nach dem Arzneimittelgesetz unter Bezugnahme auf ein deutsches Referenzprodukt zugelassen sind oder als zugelassen gelten,
 - die in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) eingetragen sind,
 - die mit dem Bezugsarzneimittel in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie in der Darreichungsform therapeutisch vergleichbar sind (Re- und Parallelimporte),
 - die ferner den Anforderungen des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch entsprechen und
 - deren für den Versicherten maßgeblicher Arzneimittelabgabepreis unter Berücksichtigung der Abschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3a und 3b SGB V mindestens 15 vom Hundert oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels.
- (3) Die Partner des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V haben eine Importquote vereinbart. Die Importquote bezeichnet den prozentualen Umsatzanteil abzugebender importierter Arzneimittel am Fertigarzneimittel-Umsatz der Apotheke mit der kostenpflichtigen Krankenkasse und wird auf 5 Prozent festgelegt. Mit den abgegebenen importierten Arzneimitteln hat die Apotheke eine Wirtschaftlichkeitsreserve in Höhe von 10 Prozent des mit der Importquote nach Satz 1 festgelegten Umsatzes zu erzielen. Konnte zu dem Fertigarzneimittel (Bezugsarzneimittel) zum Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung vom pharmazeutischen Unternehmer kein importiertes Arzneimittel geliefert werden, wird das deutsche Referenzprodukt (Bezugsarzneimittel) bei der Ermittlung des Fertigarzneimittelumsatzes nach Satz 2 und des Anteils importfähi-

⁷ Es besteht Einvernehmen, bei Arzneimitteln, die nach § 4 Absatz 5 gegen Kostenerstattung abgegeben werden, das Ordnungsblatt in der Taxzeile mit der PZN, dem Faktor und dem Taxbetrag „0“ zu bedrucken und die Technischen Anlagen im Sinne der getroffenen Regelung zu vereinbaren.

ger Arzneimittel nach Absatz 5 nicht berücksichtigt; für die Nachweisführung bei Nichtverfügbarkeit gelten § 5 Absatz 2 Sätze 2 bis 4 entsprechend. Abgegebene rabattbegünstigte Arzneimittel werden bei der Ermittlung des Fertigarzneimittelumsatzes ebenfalls nicht berücksichtigt.

- (4) Wird die nach Absatz 3 vereinbarte Wirtschaftlichkeitsreserve durch Abgabe importierter Arzneimittel im Quartal nicht erreicht, vermindert sich die Rechnungsforderung für den letzten Abrechnungsmonat des Quartals um die Differenz zwischen der vereinbarten und der tatsächlich erzielten Wirtschaftlichkeitsreserve. In den Fällen der Schließung oder Veräußerung einer Apotheke wird auf den letzten Abrechnungsmonat abgestellt. Wird die nach Absatz 3 vereinbarte Wirtschaftlichkeitsreserve übertroffen, wird der Apotheke dieser Betrag gutgeschrieben. Kürzungs- bzw. Gutschriftsbeträge unter fünf Euro bleiben unberücksichtigt. Sofern im folgenden Abrechnungszeitraum ein Kürzungsbetrag nach Satz 1 anfällt, sind Gutschriften darauf anzurechnen. Eine am Jahresende nicht saldierte Gutschrift wird in das folgende Kalenderjahr übertragen. Mit den Regelungen nach Satz 1 bis Satz 6 ist die Abgabepflicht nach § 129 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfüllt.
- (5) Für Apotheken, die auf Grund ihres Verordnungsspektrums einen unterdurchschnittlichen Anteil an importfähigen Fertigarzneimitteln [Fertigarzneimittel, zu denen importierte Arzneimittel nach Absatz 2 in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) geführt sind] nachweisen, verringert sich bei importfähigen Umsatzanteilen von jeweils bis zu 25, 20, 15, 10, 5 und 0 Prozent die vereinbarte Importquote nach Absatz 3 Satz 2 pro Stufe um jeweils 1/6. Absatz 3 Satz 3 gilt bei verringerter Importquote entsprechend. Die Apotheke hat bei Anwendung einer verringerten Importquote zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 6 Satz 2 ihren Anteil importfähiger Fertigarzneimittel in der Rechnung anzugeben.
- (6) Für die Zwecke der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V ist die Pharmazentralnummer des abgegebenen Arzneimittels auf das Verordnungsblatt aufzutragen sowie mit den Verordnungsdatensätzen zu übermitteln. Bei der Rechnungsstellung sind gegenüber der kostenpflichtigen Krankenkasse die Umsätze der abgegebenen importierten Arzneimittel und der abgegebenen Fertigarzneimittel sowie die Wirtschaftlichkeitsreserve der abgegebenen importierten Arzneimittel in der Rechnung anzugeben.
- (7) Ist zum Zeitpunkt der Vorlage der Verordnung weder das verordnete Importarzneimittel noch ein anderes Importarzneimittel lieferbar, das nicht teurer ist als das verordnete, ist die Apotheke berechtigt, ein höherpreisiges Importarzneimittel oder das Originalarzneimittel abzugeben. Hierzu ist vor der Abgabe Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu halten, auf dem Verordnungsblatt die Rücksprache mit dem Arzt zu dokumentieren und das Sonderkennzeichen „Nichtverfügbarkeit“ (2567024) aufzudrucken. Auf Nachfrage hat die Apotheke die Nichtverfügbarkeit des verordneten Importarzneimittels nachzuweisen.

§ 7

Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen

- (1) Ist bei einer Verordnung unter Angabe der N-Bezeichnung keine Packung, die dem verordneten N-Bereich entspricht, im Handel, ist eine Packung aus dem nächst kleineren N-Bereich abzugeben; ist eine solche Packung nicht im Handel, ist die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben. In Zweifelsfällen entscheidet der Vertragsarzt durch Änderung der Verordnung. Die Teilabgabe aus Bündel- oder Anstaltspackungen ist nicht zulässig.
- (2) Entspricht die nach Stückzahl verordnete Menge, die keinem N-Bereich nach der geltenden Packungsgrößenverordnung zugeordnet werden kann, keiner im Handel befindlichen Packungsgröße, so sind, nach wirtschaftlicher Auswahl aus den zulässigen Packungsgrößen, verschreibungspflichtige Arzneimittel bis zur verordneten Menge abzugeben. Bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist die der verordneten Menge nächstliegende Packungsgröße abzugeben. Die Abgabe einer Teilmenge aus einer Fertigarzneimittelpackung (Auseinzelung), ist nur auf ausdrückliche ärztliche Anordnung der Auseinzelung zulässig, soweit zwischen den Ver-

tragspartnern nichts anderes vereinbart ist. Hat der Vertragsarzt eine Auseinzelung zur patientenindividuellen Versorgung (z.B. in Form einer „Verblisterung“) verordnet, bedarf es einer Einigung zwischen der Krankenkasse und der Apotheke oder ihrer Verbände über den Preis.

- (3) Überschreitet die nach Stückzahl verordnete Menge die größte für das Fertigarzneimittel festgelegte Messzahl, ist nur die nach der jeweils geltenden Packungsgrößenverordnung aufgrund der Messzahl bestimmte größte Packung oder ein Vielfaches dieser Packung, jedoch nicht mehr als die verordnete Menge abzugeben.
- (4) Ist ein Arzneimittel ohne Angabe einer N-Bezeichnung und ohne Angabe einer Stückzahl verordnet, hat die Apotheke die kleinste im Handel befindliche Packung abzugeben.
- (5) Ist für die vom Arzt verwendete Kurzbezeichnung zu dem verordneten Fertigarzneimittel in den Anlagen der Packungsgrößenverordnung (Packungsv) die Größe der Packungen nicht bestimmt, so ist ein Fertigarzneimittel der nächst kleineren Packungsgrößenstufe oder das Fertigarzneimittel mit der kleinsten Packungsgröße abzugeben.
- (6) Fertigarzneimittel, deren Abgabe zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nach der Verordnung über die Bestimmung und Kennzeichnung von Packungsgrößen für Arznei- und Verbandmittel in der vertragsärztlichen Versorgung (Packungsgrößenverordnung) untersagt ist, sind nicht Gegenstand der Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln nach § 31 Abs. 1 SGB V.
- (7) Verordnet der Arzt im Sprechstundenbedarf ein Mittel ohne Mengenangabe unter der Bezeichnung „Anstaltspackung“, ist die kleinste im Handel befindliche Anstaltspackung abzugeben.
- (8) Ist eine ärztliche Verordnung von Fertigarzneimitteln hinsichtlich der Angabe der Darreichungsform ungenau oder unvollständig und ist der Arzt nicht zu erreichen, ist der Apotheker berechtigt, diejenige Darreichungsform abzugeben, die er nach pflichtgemäßem Ermessen für die richtige hält. Bestehen bei einer Verordnung verschiedene Möglichkeiten der Dosierung, ist die schwächere, abgabefähige Dosis abzugeben, es sei denn, dass der Arzt auf Rückfrage eine andere Dosierung angibt. Ergänzt der Apotheker die Verordnung um Angaben der Darreichungsform bzw. zur Dosierung, hat er dies mit Namenszeichen sowie dem Vermerk „ergänzt“ zu bestätigen. Fehlen entsprechende Ergänzungen, so ist nur die preiswertere Darreichungsform oder die schwächere Dosierung berechnungsfähig.

§ 8

Besondere Abgabebestimmungen

- (1) Die Abgabe verordneter Diätetika und enteraler Ernährung bedarf, soweit der Abgabepreis 60,00 Euro je Gesamtverordnung übersteigt, aus leistungsrechtlichen Gründen der vorherigen Zustimmung der zuständigen Krankenkasse, es sei denn, sie verzichtet hierauf.
- (2) Verordnungen von Medizinprodukten nach § 31 SGB V für Versicherte dürfen nur beliefert werden, soweit sie von den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V - Abschnitt I der Arzneimittel-Richtlinien einschließlich der Anlage V - erfasst sind.
- (3) Dauerverordnungen dürfen nur beliefert werden, wenn hierfür die vorherige Zustimmung der zuständigen Krankenkasse vorliegt, es sei denn, die Krankenkasse verzichtet darauf.
- (4) Verbandstoffe und Verbandpflaster müssen den Deutschen (DIN) bzw. Europäischen (CE) Normen entsprechen, soweit die Vertragspartner nichts Abweichendes vereinbaren.
- (5) Für die Herstellung und Abgabe von speziellen Arznei- und Verbandmitteln sind neben den gesetzlichen Vorschriften die Bestimmungen des Arzneibuchs und der Anlage 2 zu beachten.

Dritter Abschnitt
Preisberechnung für Mittel nach § 31 SGB V

§ 9

Allgemeine Bestimmungen

- (1) Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) den Apotheken vorbehalten ist, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden. Für die Preisberechnung ist der für den Tag der Abgabe in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) aufgeführte Apothekeneinkaufspreis maßgebend.
- (2) Für die Preisberechnung der auf Einzel- oder Sprechstundenbedarfsverordnung gelieferten Arzneimittel, die der Apotheker hergestellt bzw. zur Abgabe hergerichtet hat, sind die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften anzuwenden.⁸ Gefäße sind im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu Lasten der Krankenkasse - ausgenommen Gefäße für Augentropfen und Injektionslösungen - nicht berechnungsfähig. Für den zu berechnenden Preis ist der Tag der Abgabe des Arzneimittels maßgeblich.
- (3) Für die Preisberechnung der Arzneimittel nach §§ 43 Abs. 3, 44, 45 Abs. 1 und 47 Abs. 1 AMG und bei der Verordnung anderer in § 10 dieses Vertrages aufgeführter Mittel sind die jeweils dazu in § 10 vereinbarten Zuschläge auf den Apothekeneinkaufspreis gemäß Großer Deutscher Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) am Tag der Abgabe sowie die entsprechenden Bestimmungen anzuwenden, soweit für die Mittel nicht besondere Preise vereinbart sind.
- (4) Ist für ein Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt und ist der Apothekenabgabepreis höher als der für dieses Arzneimittel festgesetzte Festbetrag, ist der Krankenkasse nur der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Die Differenz zwischen Festbetrag und Apothekenabgabepreis trägt der Versicherte; sie ist nicht mit dem Anspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen und darf nicht als Zuzahlung gemäß § 31 SGB V (vgl. auch § 11 Abs. 3 dieses Vertrages) quittiert werden.
- (5) Unvermeidliche Telegrammgebühren, Fernsprechgebühren, Porto, Zölle und andere Kosten der Beschaffung von Arznei- und Verbandmitteln für den Einzelbedarf, die üblicherweise weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden, können - soweit glaubhaft - in Rechnung gestellt werden, zuzüglich der geltenden Mehrwertsteuer. Übersteigen die Beschaffungskosten 10,00 Euro (inklusive MwSt.), ist vorab die Zustimmung der Krankenkasse einzuholen. Angaben hierzu sind auf der Vorderseite des Ordnungsblattes zu vermerken.
- (6) Bei Inanspruchnahme der Apotheke während der allgemeinen Ladenschlusszeiten gemäß § 3 Abs. 1 des Gesetzes über den Ladenschluss kann ein zusätzliches Entgelt nach § 6 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) berechnet werden, sofern auf dem Ordnungsblatt „noctu“ angekreuzt oder ein ähnlicher Vermerk angebracht ist. Beim Fehlen eines Dringlichkeitsvermerks ist das Entgelt vom Abholer zu erheben. Bei gleichzeitiger Vorlage mehrerer Ordnungsblätter ist das Entgelt nur einmal zu berechnen. Wird das Entgelt berechnet, so ist die Zeit der Inanspruchnahme der Apotheke auf dem Ordnungsblatt zu vermerken. Die Krankenkassen zahlen für den zusätzlichen Aufwand bei der Herstellung von Lösungen zur Befüllung von Schmerzpumpen außerhalb der Ladenöffnungszeiten zusätzlich eine Gebühr von 22,00 €. Die Verordnung muss entsprechend gekennzeichnet sein (noctu). Ansonsten gelten für die Herstellung von Lösungen zur Befüllung von Schmerzpumpen die Bestimmungen der Hilfstaxe.

⁸ Der Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband über Apothekeneinkaufspreise für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (Basispreise) in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.

- (7) Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels, dessen Verbleib nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung in der jeweils geltenden Fassung nachzuweisen ist, können die Apotheken einen zusätzlichen Betrag von 0,26 € einschließlich Mehrwertsteuer berechnen.
- (8) Fehlen auf der Verordnung Angaben, die die Preisberechnung beeinflussen, sind sie vom Apotheker hinzuzufügen. Bei Artikeln, die weder in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauer-Taxe) noch in den vereinbarten Preislisten aufgeführt sind, hat der Apotheker auf der Vorderseite des Ordnungsblattes die Lieferfirma (Hersteller bzw. Großhandel) und den Einkaufspreis anzugeben. Für die Preisberechnung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 10 Preisberechnung

- (1) Für Arzneimittel gelten die folgenden Preisberechnungen:
1. Arzneimittel, die auf Grund einer ärztlichen Verordnung nur in Apotheken abgegeben werden dürfen (§§ 43 Abs. 3, 44 und 45 Nr. 1 AMG):

Einzelverordnung:	Apothekenzuschlag nach AMPPreisV i.d. bis 31.12.2003 geltenden Fassung
-------------------	---
 2. Blutkonzentrate, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit (Hämophiliebehandlung) bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV),

aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a AMG),

Arzneimittel, die zur Anwendung bei der Dialyse Nierenkranker bestimmt sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV),

Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind (§ 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c AMG),

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

Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG oder § 1 Abs. 3 Nr. 3 a AMPPreisV

	Apothekenzuschlag nach AMPPreisV
--	-------------------------------------
- (2) Für Krankenkost, Diätpräparate, Verbandmittel, Medizinprodukte, Blut- und Harnteststreifen gelten die folgenden Preisberechnungen, soweit nicht einzelvertraglich anderweitige Regelungen vereinbart sind:
1. Krankenkost und Diätpräparate

- Einzelverordnung:	bis 11 Stück	14,0 v.H. Zuschlag
	ab 12 Stück	4,5 v.H. Zuschlag
 2. Verbandmittel

- Einzelverordnung:	18,00 v.H. Zuschlag
- Sprechstundenbedarfsverordnung:	9,25 v.H. Zuschlag
 3. Medizinprodukte

- Einzelverordnung:	nach AMPPreisV i. d. bis 31.12.2003 geltenden Fassung
- Sprechstundenbedarfsverordnung:	

bis 50,00 € Apothekeneinkaufspreis

nach AMPreisV i. d. bis
31.12.2003 geltenden Fassung
9,25 v.H. Zuschlag

ab 50,00 € Apothekeneinkaufspreis

4. Blut- und Harnteststreifen

- Einzelverordnung:
(Ausnahme: Cholesterol-Test-
streifen zur Eigenmessung)

Preisliste (Anlage 3),
übrige 15 v.H. Zuschlag

- Sprechstundenbedarfsverordnung:

9,25 v.H. Zuschlag

- (3) Auf Artikel nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 4 gewähren die Apotheken keinen Abschlag (Nettopreisvereinbarung). Für Medizinprodukte nach Nr. 3 gilt insoweit § 130 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V entsprechend.

§ 11 Zuzahlung

- (1) Der Apotheker zieht die vom Versicherten zu zahlende Zuzahlung nach § 31 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V ein und verrechnet sie mit seinen Zahlungsansprüchen gegenüber der Krankenkasse (§ 43 b SGB V).
- (2) Wird eine gültige Bescheinigung des Kostenträgers über die Befreiung des Versicherten vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld „Gebühr frei“ oder „Gebühr pflichtig“ nicht angekreuzt, ist der Apotheker berechtigt, diesen Status anzukreuzen. Hat der Arzt das Feld „Gebühr pflichtig“ angekreuzt und legt der Versicherte in der Apotheke eine Bescheinigung über die Befreiung vor, ist der Apotheker berechtigt, das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen. Er ist verpflichtet, die Nummer der Bescheinigung oder hilfsweise das Datum der Ausstellung oder der Gültigkeit der Bescheinigung auf dem Ordnungsblatt anzugeben. Änderungen bedürfen der Angabe des Namenszeichens des Apothekers.
- (3) Legt der Versicherte ein Quittungsheft des Kostenträgers vor, darf hierin vom Apotheker nur die Zuzahlung gemäß § 31 SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V quittiert werden. Stellt der Apotheker dem Versicherten eine Quittung aus, auf der neben den Zuzahlungen auch andere Beträge aufgeführt sind, hat der Apotheker die Zuzahlungen eindeutig zu kennzeichnen.⁹

⁹ Die Quittungen müssen mindestens folgende Angaben enthalten: Vor- und Zuname des Versicherten, Art der Leistung (Bezeichnung des abgegebenen Mittels), Zahlungsbetrag, Datum (Monat) der Abgabe, Name und Adresse der Apotheke (Stempel oder Aufdruck).

Vierter Abschnitt
Abrechnung, Datenaufbereitung und -übermittlung,
Nacherfassung von Arztfelddaten

§ 12

Allgemeine Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V in der jeweils geltenden Fassung. Ergänzend zu dieser Vereinbarung gelten die Bestimmungen dieses Abschnittes.
- (2) Apotheken können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Absatz 1 Rechenzentren oder sonstige Abrechnungsstellen in Anspruch nehmen. Diese rechnen nach den Bestimmungen der Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung sowie Nacherfassung von Arztfelddaten in der jeweils geltenden Fassung (Anlage 4) ab, soweit dort abweichende Regelungen getroffen sind.

§ 13

Rechnungslegung

- (1) Die Apotheken rechnen ihre Leistungen nach der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung nach § 300 SGB V ab.
- (2) Eine Rechnung im Sinne des § 130 Abs. 3 Satz 1 SGB V besteht mindestens aus folgenden Angaben:
 - Rechnungsdatum
 - Name, Anschrift und Institutionskennzeichen der Apotheke
 - Gesamtbetrag brutto
 - Gesamtbetrag Zuzahlung
 - Gesamtbetrag netto
 - Auflistung der abgegebenen Pharmazentralnummern (PZN)
 - Gesamtzahl der Verordnungsblätterunter Beifügung der zugrunde liegenden Verordnungen oder deren Images.
- (3) Auf Verlangen der Krankenkasse ist zusätzlich zu den Angaben nach Absatz 2 eine elektronische Rechnung (RECP) innerhalb von 4 Tagen nach Versand der Rechnung nach Absatz 2 zu übermitteln. Der Empfang ist von der Krankenkasse unverzüglich, spätestens am nächsten Werktag, zu bestätigen. Ist dieser Tag ein arbeitsfreier Werktag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Bei Überschreiten der Frist nach Satz 1 verschiebt sich die 10-Tage-Frist nach § 130 Abs. 3 Satz 1 SGB V entsprechend.
- (4) Verordnungen über Sprechstundenbedarf sind der Krankenkasse in Rechnung zu stellen, die nach der „Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf“ beziehungsweise nach der „Vereinbarung über die zahnärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf“ in

der jeweils geltenden Fassung für die Abrechnung von Sprechstundenbedarf zuständig ist.¹⁰
Dasselbe gilt auch für die Vereinbarungen über Impfstoffe im Sprechstundenbedarf.

- (5) Die Apotheke rechnet grundsätzlich spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, indem die Lieferung erfolgte, mit der Krankenkasse oder den von dieser benannten Stellen ab.
- (6) Rechnet die Apotheke entgegen Absatz 5 erst verspätet nach Ablauf des Monats März des Folgejahres ab, vergütet die Krankenkasse mindestens 75 v. H. des Apothekeneinkaufspreises.
Maßnahmen nach § 20 bleiben hiervon unberührt.

§ 14

Weiterleitung der Verordnungsblätter

- (1) Die abgerechneten Verordnungsblätter sind spätestens einen Monat nach Ablauf des Monats, in dem die Abgabe erfolgte, an die Krankenkassen oder an die von diesen benannten Stellen weiterzuleiten. Die Verordnungsblätter werden nach Belegnummern in aufsteigender Reihenfolge sortiert angeliefert.
- (2) Der Abrechnung sind die genehmigten Kostenvoranschläge beizufügen, es sei denn, die Krankenkasse verzichtet darauf.

§ 15

Datenübermittlung

- (1) Die Übermittlung der Daten auf magnetischen Datenträgern nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt spätestens einen Monat nach Ablauf des Monats, in dem die Verordnung durch die Apotheke beliefert wurde.
- (2) Die Erfassung und Übermittlung der Angaben auf dem Verordnungsblatt nach § 5 Abs. 2 Buchst. b. bis m. (außer c. und f.), die Nacherfassung von Arztfelddaten nach § 6 Abs. 6 und 7 der Vereinbarung nach § 300 SGB V sowie die Vergütung der nacherfassten Daten richtet sich nach § 4 Abs. 2 der Anlage 4.
- (3) Die Verordnungsblätter in digitalisierter Form (Images) sind einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, für die Krankenkassen oder für die von diesen benannten Stellen bereitzuhalten. Im Übrigen gelten die Regelungen des § 4 Abs. 3 der Anlage 4.

§ 16

Rechnungsbegleichung

- (1) Die Rechnungen sind unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen.
- (2) Werden die Rechnungen nach § 13 Abs. 2 unter Verrechnung etwaiger Differenzen innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungseingang bezahlt, haben die Krankenkassen Anspruch auf die Abschläge nach § 130 Abs. 1 SGB V. Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich etwaiger Beanstandungen;

¹⁰ Das sind für

- Vertragsärzte mit Sitz in Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- Vertragszahnärzte mit Sitz in Nordrhein
AOK Rheinland/Hamburg (für die Primärkassen)
- Vertragsärzte mit Sitz in Westfalen-Lippe
AOK NordWest
- Vertragszahnärzte mit Sitz in Westfalen-Lippe
AOK NordWest (für die Primärkassen)

sie steht weiterhin unter dem Vorbehalt der ordnungsgemäßen Datenübermittlung nach der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

- (3) Die Krankenkasse ist berechtigt, den Zahlungsweg zu wählen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (4) Die Begleichung der Rechnung durch die Krankenkasse an die von der Apotheke beauftragte Stelle (vgl. Anlage 5) erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf der Apotheke vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der beauftragten Stelle und der Apotheke mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die abrechnende Stelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften Apotheke und die abrechnende Stelle gesamtschuldnerisch. Forderungen der Krankenkasse gegen die Apotheke können auch gegenüber der abrechnenden Stelle aufgerechnet werden.

§ 17

Rechnungs- und Taxbeanstandungen

- (1) Beanstandungen von abgerechneten Verordnungen müssen von den Krankenkassen oder den Rezeptprüfstellen gegenüber den Apotheken oder den Rechenzentren nach Anlage 4 innerhalb von 10 Monaten (12 Monaten beim Sprechstundenbedarf) nach Schluss des Quartals geltend gemacht werden, in dem die Datenträger und Verordnungen eingegangen sowie die Images bereitgestellt worden sind.

Dabei sind Kopien oder Images der Rezepte, die Gegenstand der Beanstandung sind, zu übermitteln; dies kann abweichend von Anlage 4 – eine entsprechende bilaterale Absprache vorausgesetzt – auch in Dateiform bzw. auf Datenträgern geschehen.

Bei Vollabsetzung wegen fehlgeleiteter Abrechnung (Irrläufer) müssen die Originalrezepte beigefügt werden.

Die Frist nach Satz 1 gilt nicht für Beanstandungen,

- a) deren Ursache die Krankenkasse nicht innerhalb dieser Frist erkannt hat oder hätte erkennen können,
- b) die aufgrund von Straftaten des Apothekers, insbesondere Rezeptfälschungen, oder strafrechtlichen Ermittlungen gegen den Apotheker erhoben werden.

Sie gilt auch nicht für Korrekturen, welche die über die Apotheke abzuwickelnden Ansprüche der Krankenkasse gegenüber pharmazeutischen Unternehmen oder sonstigen nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten betreffen.

Die Prüfung der Taxationen von Verordnungen berücksichtigt auch Differenzen zugunsten der Apotheken.

- (2) Zur Kürzung der Rechnung einer lieferberechtigten Apotheke wegen Nichtbeachtung gesetzlicher oder vertraglicher Abgabe- oder Abrechnungsbestimmungen ist die Krankenkasse 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**.

Die Bestimmungen nach Absatz 3, die Wiedergutmachung eines weitergehenden Schadens sowie Vertragsmaßnahmen (§ 20) bleiben hiervon unberührt.

(3) Eine Vollabsetzung (Zurückweisung der Verordnung) kommt in Betracht

- bei Irrläufern (Absatz 1 Satz 3);
- bei Fehlen einer Leistungspflicht der Krankenkasse (Absatz 2 a);
- in Fällen des Absatzes 6 Satz 1;
- bei Überschreitung der Abgabefrist von Verordnungen, soweit kein Fall des § 4 Absatz 8 Satz 2, 2. Halbsatz, oder Satz 3 vorliegt;
- bei einem wirtschaftlichen Nachteil der Krankenkasse (Absatz 2 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 Krankenkassen an einer Vollabsetzung besteht, verständigen sich die Vertragspartner kurzfristig über eine Anpassung von Satz 1.

(4) Einsprüche gegen Beanstandungen können die Apotheken innerhalb von drei Monaten ab Zugang geltend machen.

Sie können auch über den zuständigen Apothekerverband erfolgen.

(5) Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von vier Monaten ab Zugang des Einspruchs bei der Krankenkasse zu erfolgen.

Wird diese Frist ohne Stellungnahme zur Sache überschritten, gelten die Einsprüche als anerkannt.

(6) Fehlen einzelne Angaben nach § 4 Absatz 2 Buchst. g. (Ausstellungsdatum), n. (Unterschrift des Vertragsarztes) oder o. (Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck) auf der Verordnung oder ist diese wegen Nichtbeachtung der Vorschrift 4.14 der TA 1 nicht prüffähig, sendet die Krankenkasse die Originalverordnung oder eine Kopie oder ein Image an die Apotheke zum Zwecke der Heilung zurück.

Eine Heilung fehlender Angaben im Sinne von § 4 Absatz 2 Buchst. g., n. oder o. ist nur durch den Vertragsarzt möglich; die fehlenden Angaben sind auf dem Ordnungsblatt oder der Kopie / dem Image aufzutragen und bedürfen der Unterschrift des Arztes mit Datumsangabe.

Danach kann die Verordnung erneut über das Rechenzentrum abgerechnet werden.

* Protokollnotiz zu Abs. 2, Buchstabe a):

Nicht „leistungspflichtig“ in diesem Sinne ist die Krankenkasse in allen Fällen, in denen die abgerechnete Versorgung vom Rahmen der Leistungspflicht der Krankenkasse nach dem SGB V nicht erfasst ist.

** Protokollnotiz zu Abs. 2, Buchstabe c):

Die Bestimmung findet bis auf Weiteres keine Anwendung auf Beanstandungen wegen Nichtbeachtung der Verpflichtung zur vorrangigen Abgabe von rabattbegünstigten Arzneimitteln nach § 5 Abs. 2, über die die Krankenkasse gesondert entscheidet. Die Verbände der Krankenkassen empfehlen im Interesse einer Förderung der Akzeptanz der Rabattverträge ihren Mitgliedern oder abrechnenden Stellen, die Beanstandungspraxis nicht ohne sachlichen Grund auszuweiten und auf Vollabsetzungen möglichst zu verzichten.

- (7) Die Vertragspartner bilden zur frühzeitigen Information über mögliche Taxfehler und darauf beruhende Beanstandungen sowie zur Abstimmung von Maßnahmen zu ihrer Vermeidung einen Schlichtungsausschuss.

Fünfter Abschnitt **Sonstige Bestimmungen**

§ 18 **Datenschutz**

- (1) Personenbezogene Daten darf die Apotheke zur Erfüllung der gesetzlichen und der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes verarbeiten.
- (2) Die Apotheke unterliegt hinsichtlich der personenbezogenen Daten des Versicherten und des Arztes der Geheimhaltungspflicht. Ausgenommen hiervon sind die in Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den verordnenden Ärzten und der leistungspflichtigen Krankenkasse.
- (3) Der Apothekeninhaber ist verpflichtet, die Datenschutzbestimmungen seinen Mitarbeitern bekannt zu geben und deren Beachtung in geeigneter Weise zu überwachen. Gleiches gilt für die von ihm beauftragten Dienstleister.

§ 19 **Vertrauensvolle Zusammenarbeit**

- (1) In Informationen der Krankenkassen gegenüber den Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten sind die Apotheken, wenn und soweit Preise vorgegeben oder vereinbart sind, in geeigneter Weise zu berücksichtigen.
- (2) Zur Klärung von Zweifelsfragen sowie Beilegung von Meinungsverschiedenheiten bei der Durchführung dieses Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuss gebildet. Dem Vertragsausschuss gehören Vertreter des jeweiligen Apothekerverbandes sowie Vertreter der zuständigen Landesverbände mit gleicher Stimmenzahl an. Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Vertragsausschuss einzuberufen.

§ 20 **Vertragsmaßnahmen**

- (1) Bei Verstößen gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen können die zuständigen Landesverbände nach Anhörung des Betroffenen im Benehmen mit dem zuständigen Apothekerverband folgende Vertragsmaßnahmen aussprechen:
 1. Verwarnung
 2. Vertragsstrafe bis zu 25.000,00 Euro
 3. Bei gröblichen und wiederholten Verstößen Ausschluss des Apothekeninhabers/der Apothekeninhaberin von der Versorgung der Versicherten bis zur Dauer von zwei Jahren.
- (2) Die Vertragsmaßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 können auch nebeneinander verhängt werden.
- (3) Die Wiedergutmachung des Schadens bleibt von den Maßnahmen nach Absatz 1 unberührt.

Sechster Abschnitt
Schlussbestimmungen

§ 21

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag, der den Vertrag vom 01. Januar 2009 ablöst, tritt einschließlich der Anlagen am 01. August 2011 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von den Vertragspartnern unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember 2012. Im Falle einer Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über einen Anschlussvertrag einzutreten.
- (2) Die Anlage 3 kann gesondert mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden. Sollte während der Laufzeit der Vereinbarung die Marktentwicklung eine Anpassung der Preise vor dem Ende der Laufzeit erfordern, verständigen sich die Vertragspartner hierüber.
- (3) Die Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung (Anlage 4) kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (4) Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, 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.

Anlagen

1. Erklärung nach § 2 Abs. 2 (Anlage 1)
2. Besondere Bestimmungen (Anlage 2)
3. Preisliste Blut- und Harnteststreifen (Anlage 3)
4. Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung (Anlage 4)
 - Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung (Anlage 4a)
 - Sammelrechnung (Anlage 4b)
 - Abrechnungsbeträge je Apotheke (Anlage 4c)
 - Vergütung der Nacherfassung (Anlage 4d)
 - Differenzzusammenstellung (Anlage 4e)
 - Satzbeschreibung der Rezept-Begleitdatei (Anlage 4f)
5. Erklärung nach § 16 Abs. 4 (Anlage 5)

Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Münster, den 28.06.2011

Anlage 1

Anschrift der
zuständigen Stelle

Erklärung nach § 2 Abs. 2 Arzneilieferungsvertrag für Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrte Damen und Herren,

voraussichtlich am _____ werde ich die _____ (Name der Apotheke) in
_____ (Stadt/Straße) übernehmen /eröffnen.*)

Ich erkläre hiermit, den Arzneilieferungsvertrag für Nordrhein-Westfalen einschließlich seiner Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils geltenden Fassung anzuerkennen und gegen mich gelten zu lassen.

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Bis zum _____ bin/war ich Inhaber/Mitarbeiter(in) der
_____ (Name der Apotheke)

in _____ (Stadt, Straße).*)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

*) Nichtzutreffendes ist zu streichen

Anlage 2

Besondere Bestimmungen

1. Ethanol, Ether, Benzin, Isopropanol

Wenn ungemischt und ungeteilt verordnet, ist statt der verordneten Anzahl Gramme die gleiche Anzahl ml abzugeben und zu berechnen. Bei Verordnung von Ethanol, Alkohol, Spiritus oder Weingeist ist Ethanol 90% abzugeben.

2. Fehlen genaue Angaben des Arztes über die Menge, so sind abzugeben bei der Verordnung von

- Tinkturen 20 ml
- Tees, Salben und Pasten 50 g
- Wasserstoffperoxid 3%ig 100 ml
- Bei anderen ungemischt und ungeteilt abzugebenden Artikeln ist sinngemäß zu verfahren.

3. Pflaster und Pflasterverbände

Fehlen Angaben über die Länge, so sind abzugeben:

- Kleinste im Handel befindliche Packungen.

Fehlen Angaben über die Breite, so sind abzugeben:

- Pflaster 2,5 cm, Pflasterverbände 6 cm.

4. Pipettengläser

Nasentropfen und Ohrentropfen sind in Pipettengläsern abzugeben.

5. Verbandstoffe

Fehlen genaue Angaben auf der Verordnung, so sind abzugeben:

- Binden: 8 cm breit
- Verbandmull, Zellstoff- und Augenwatte: die kleinste Packung. Augenwatte darf nur auf besondere Verordnung abgegeben werden.

Preisvereinbarung und Preisliste

Blutzuckerteststreifen - Region Westfalen-Lippe -

§ 1 Preisgruppen

- (1) Es werden drei Preisgruppen (A1, A2 und B) gebildet, in die grundsätzlich alle am Markt befindlichen Blutzuckerteststreifen eingeordnet werden.
- (2) Für die Preisgruppen gilt folgende Preisregelung:

Anzahl Packungen je 50 Stück	Gruppe A1	Gruppe A2	Gruppe B
1	26,10	22,85	20,85
2	26,00	22,75	20,75
3-5	24,25	21,00	19,00
6 und mehr	23,25	20,00	18,00

- (3) Sämtliche Preise sind Höchstpreise in Euro (netto) und verstehen sich zuzüglich der jeweils geltenden Mehrwertsteuer.
- (4) Bei abweichenden Packungsgrößen erhöhen oder vermindern sich die für die Gruppen A1, A2 und B vereinbarten Preise entsprechend.
- (5) Die Vertragspartner tauschen sich regelmäßig über die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung dieser Preisvereinbarung aus.

§ 2 Einstufung

- (1) Neue Produkte werden von den Vertragspartnern unverzüglich, spätestens jedoch vier Wochen nach Markteinführung einvernehmlich in Gruppe A1, A2 und B eingestuft. Ändern sich die Bezugskonditionen der Apotheken für in der Preisliste enthaltene Produkte erheblich, entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich innerhalb von vier Wochen nach Kenntnis über eine erforderliche Neueinstufung.
- (2) Solange eine Einstufung nach Absatz 1 noch nicht erfolgt ist, kann eine Abrechnung zum Apothekeneinkaufspreis (AEK) zuzüglich 15 Prozent, höchstens jedoch zum Preis der Preisgruppe A1 zuzüglich Mehrwertsteuer erfolgen.

§ 3 Partnerschaftliche Zusammenarbeit

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Apotheken vor Ort eine zentrale Rolle für eine wirtschaftliche Versorgung mit Blutzuckerteststreifen einnehmen sollen. Soweit Krankenkassen über Bezugsmöglichkeiten von Blutzuckerteststreifen informieren, hat dies diskriminierungsfrei zu erfolgen; auf die Bezugsmöglichkeit in öffentlichen Apotheken ist hinzuweisen. Eine Aufforderung von Ärzten und Versicherten, Blutzuckerteststreifen bei bestimmten Anbietern direkt zu beziehen, ist unzulässig.*

*Protokollnotiz

§ 4 Inkrafttreten; Kündigung

- (1) Diese Preisvereinbarung und Preisliste tritt am 1. Mai 2013 in Kraft und löst für die Region Westfalen-Lippe die Anlage 3a-WL in der Fassung vom 1. August 2011 ab.
- (2) Um den Marktgegebenheiten Rechnung zu tragen, kann sie von einer oder mehreren Krankenkassen mit Zustimmung des jeweiligen für NRW zuständigen Landesverbandes nach § 2 Abs. 1 ALV NW einheitlich gegenüber dem Apothekerverband Westfalen-Lippe oder von diesem gegenüber einer einzelnen oder mehreren Krankenkassen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden. In einem solchen Falle gilt mit Ablauf der Frist zwischen den Krankenkassen, die von der Kündigung betroffen sind, und dem Apothekerverband Westfalen-Lippe die Preisvereinbarung und Preisliste „Blutzuckerteststreifen“ (Anlage 3 des ALV NW).

Protokollnotiz zu § 3

- * Zur Auslegung dieser Vorschrift bestehen unterschiedliche Auffassungen, die Gegenstand einer rechtlichen Auseinandersetzung sind. Sobald hierzu ein rechtskräftiges Urteil vorliegt, werden die Vertragspartner über eine Anpassung verhandeln.

Anlage 4

VEREINBARUNG

über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung sowie Nacherfassung von Arztfelddaten

Es wird auf der Grundlage des § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V (Vereinbarung nach § 300 SGB V) Folgendes vereinbart:

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

Diese Vereinbarung regelt die Abrechnung, Rechnungsbegleichung und Datenübermittlung sowie die Nacherfassung von Arztfelddaten der öffentlichen Apotheken in Nordrhein-Westfalen, die über Dritte im Sinne des § 8 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (im Folgenden: Rechenzentrum) abrechnen. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt die Annahme der Beitrittserklärung des Rechenzentrums nach Anlage 4a durch die Landesverbände voraus.

§ 2

Rechnungslegung

- (1) Das Rechenzentrum rechnet die Leistungen der ihm angeschlossenen Apotheken nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung durch die Apotheken erfolgte, bis zum Ende des folgenden Monats mit den Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen ab.
- (2) Vorbehaltlich des Absatzes 3 bestehen die Rechnungen aus einer monatlichen Sammelrechnung je Krankenkasse in Papierform nach Anlage 4 b sowie einer nach Apotheken sortierten Aufstellung nach Anlage 4 c, die das Institutionskennzeichen der Apotheke, die Anzahl der Verordnungsblätter sowie die Summen Bruttobetrag, Rabatt, Zuzahlung und Nettobetrag ausweist.
- (3) Statt der Abrechnung nach § 2 Abs. 2 dieser Anlage übermittelt das Rechenzentrum auf Anforderung der Krankenkasse die Rechnungsdaten¹¹ auf Datenträger oder per Datenfernübertragung gemäß Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V. Während einer Übergangszeit von sechs Monaten, ab der ersten Übermittlung nach Satz 1, stellt das Rechenzentrum parallel die monatliche Sammelrechnung in Papierform gemäß § 2 Abs. 2 dieser Anlage zur Verfügung. Danach übermittelt das Rechenzentrum in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse als zahlungsverpflichtende Unterlage die Sammelrechnung nach Anlage 4 b per Telefax oder per Post. In begründeten Einzelfällen übermittelt das Rechenzentrum auf Anforderung die Aufstellung nach Anlage 4 c in Papierform.
- (4) Auf Verlangen der Krankenkasse ist zusätzlich zu den Angaben nach § 14 Abs. 2 Arzneilieferungsvertrag eine elektronische Rechnung (RECP) innerhalb von 4 Tagen nach Versand der Rechnung nach § 14 Abs. 2 Arzneilieferungsvertrag zu übermitteln. Der Empfang ist von der Krankenkasse unverzüglich, spätestens am nächsten Werktag, zu bestätigen. Ist dieser Tag ein arbeitsfreier Werktag, dann verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Bei Überschreiten der Frist nach Satz 1 verschiebt sich die 10-Tage-Frist nach § 7 Abs. 3 entsprechend.

¹¹ Hierzu gehört der Nachrichtentyp RECP mit folgenden Datensegmenten: UNA, UNB, UNH, REC, RES, RFP, GEP, UNT und UNZ.

- (5) Die Angaben nach § 14 Abs. 2 Arzneilieferungsvertrag – Auflistung der abgegebenen Pharmazentralnummer und zugrunde liegenden Images - sind auf einem elektronischen Datenträger nach Anlage 4f innerhalb von 4 Tagen nach Versand der Rechnung zu übermitteln. Absatz 4 Satz 2 – 4 gilt entsprechend.

§ 3

Weiterleitung der Verordnungsblätter

Die abgerechneten Verordnungsblätter sind spätestens vier Wochen (mit besonderer Begründung sechs Wochen) nach Ablauf des Monats, in dem die Lieferung erfolgte, an die Krankenkassen oder an die von diesen benannten Stellen weiterzuleiten. Die Verordnungsblätter werden innerhalb der Krankenkasse aufsteigend nach Belegnummern sortiert angeliefert. Hiervon abweichende Regelungen können zwischen den Vertragspartnern in gesonderten Verträgen vereinbart werden.

§ 4

Datenerfassung und Datenübermittlung

- (1) Die Übermittlung der Daten auf magnetischen Datenträgern beziehungsweise per Datenfernübertragung nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V erfolgt spätestens einen Monat nach Ablauf des Monats, in dem die Verordnung durch die Apotheke beliefert wurde.
- (2) Die Erfassung und Übermittlung der Angaben auf dem Verordnungsblatt

nach § 5 Abs. 2 Buchst. b bis m (außer c und f) der Vereinbarung nach § 300 SGB V setzt voraus, dass sie vom Vertragsarzt ordnungsgemäß auf das Verordnungsblatt aufgetragen wurden. Sind die Angaben im Arztfeld zu

- Kassenummer
- Versichertennummer
- Betriebsstättennummer und lebenslange Arztnummer
- Ausstellungsdatum
- Status des Versicherten
- Feldkennzeichen

maschinell nicht lesbar, werden die nicht verarbeitbaren Zeichen vom Rechenzentrum korrigiert. Fehlt die Versicherten-Nummer, sind Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten nacherfassen. Das Rechenzentrum dokumentiert die korrigierten und nacherfassten Zeichen nach den Regelungen des Punktes 5.5.2 der Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V und stellt den durch Korrektur und Nacherfassung entstandenen Mehraufwand, soweit dieser nicht von der Apotheke zu vertreten ist, den Krankenkassen mit der Rechnung des zweiten Monats, der dem Kalendermonat der Lieferung folgt, in Rechnung. Die Vergütung des Mehraufwandes ergibt sich aus Anlage 4 d.

- (3) Die Verordnungsblätter in digitalisierter Form (Images) sind einen Monat nach Ablauf des Abrechnungsmonats für die Krankenkassen oder für die von diesen benannten Stellen auf Abruf bereitzuhalten und auf Verlangen am Ort der Imageerstellung zur Verfügung zu stellen. Die Kosten für die Übersendung der Datenträger trägt das Rechenzentrum. Die für die Datenübermittlung verwendeten Datenträger sind an die übermittelnde Stelle zurückzusenden; diese Kosten trägt die Krankenkasse. Bei Datenfernübertragung erstattet die anfordernde Stelle die entstandenen Übertragungskosten. Nach Übergabe der digitalisierten Verordnungsblätter an die Krankenkasse sind die zwischengespeicherten Images bis zur Freigabe durch die Krankenkasse, höchstens weitere 6 Wochen, aufzubewahren. Abweichende Vereinbarungen über den Abruf der Images können zwischen den Vertragspartnern getroffen werden. Die Krankenkassen erstatten für die Digitalisierung und Bereithaltung der Verordnungsblätter eine Kostenpauschale je di-

digitalisiertem Verordnungsblatt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 und 2 der Vereinbarung nach § 300 SGB V. Die Kostenpauschale wird mit der Rechnungslegung nach § 2 Abs. 2 geltend gemacht.

- (4) Absatz 3 letzter Satz gilt entsprechend für die Geltendmachung der Zuschusszahlung nach § 5 Abs. 5 der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

§ 5

Serviceleistungen

- (1) Auf Anforderung der Krankenkasse archiviert das Rechenzentrum die Images für einen Zeitraum von 12 Monaten nach Ablauf des Abrechnungsmonats und stellt ihr oder der von ihr benannten Stelle das Gesamtvolumen der digitalisierten Verordnungsblätter eines Quartals kostenfrei zur Verfügung. Die hierfür verwendeten Datenträger sind an das Rechenzentrum zurückzusenden; diese Kosten trägt die Krankenkasse.
- (2) Auf Anforderung der Krankenkasse stellt das Rechenzentrum die Verordnungsblätter getrennt nach den Statusgruppen 6, 8 und 9 und jeweils nach Belegnummern aufsteigend sortiert kostenfrei zur Verfügung.
- (3) Das Rechenzentrum stellt auf Anforderung der Krankenkasse, jedoch höchstens einer Stelle je Kassenart, monatlich einen magnetischen Datenträger zur Verfügung, der primärkassenübergreifend je Vertragsarzt die Gesamtzahl der Verordnungsblätter, die Anzahl der nachbearbeiteten Verordnungsblätter sowie die Anzahl der korrigierten bzw. nacherfassten Zeichen im Arztfeld enthält. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 6

Rechnungs- und Taxbeanstandungen

- (1) Die Krankenkasse übermittelt dem Rechenzentrum eine Aufstellung (Anlage 4e), aus der die erfolgten Zu- oder Absetzungen für die einzelnen Apotheken ersichtlich sind.
- (2) Für Zu-/Absetzungen ist die Differenzzusammenstellung nach Anlage 4e zu verwenden. Die Kopien der sachlich und rechnerisch beanstandeten Verordnungsblätter beziehungsweise ihrer Print-Images (vgl. Nr. 3 bis 5 der Anlage 4e) sind dem Rechenzentrum unaufgefordert von den Krankenkassen zuzustellen. Bei Vollabsetzung (vgl. Nr. 1 und 2 sowie bei fehlender Arztunterschrift Nr. 5 der Anlage 4e) müssen die Originalrezepte beigelegt werden.
- (3) Für die sachlichen und rechnerischen Beanstandungen gelten im Übrigen die Bestimmungen des Arzneilieferungsvertrages für Nordrhein-Westfalen.
- (4) Beanstandete Beträge werden grundsätzlich mit der nächstfälligen Restzahlung verrechnet.

§ 7

Rechnungsbegleichung

- (1) Das Rechenzentrum erhält am 06. des Monats eine Abschlagszahlung auf die für den abgelaufenen Monat zu erwartende Rechnung in Höhe von 80 v.H. der Vormonatsrechnung. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Überweisung oder der Übergabe des Überweisungsauftrages an das Geldinstitut. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Ist im Vormonat keine Rechnung eingereicht worden, so entfällt die Abschlagszahlung. Der Anspruch auf Zahlung des Abschlages entfällt, wenn der Betrag der Sammelrechnung Euro 10.000,00 unterschreitet.
- (2) Auf Antrag des Rechenzentrums überweist die Krankenkasse die Abschlagszahlung telegraphisch; dafür anfallende Bankgebühren werden vom Rechenzentrum vierteljährlich erstattet. Für die Rechtzeitigkeit der Zahlung ist die valutarische Belastung des Auftraggeberkontos am Stichtag maßgeblich.

- (3) Die Restzahlung erfolgt innerhalb von zehn Tagen nach Eingang der Rechnung nach § 2. Es wird stets der Betrag der Rechnung unter Berücksichtigung von Differenzzusammenstellungen (§ 6) beglichen. Übersteigt die Abschlagszahlung den gesamten Rechnungsbetrag, wird der überzahlte Betrag unverzüglich erstattet.
- (4) Die Zahlungen an das Rechenzentrum erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen. Sie stehen unter dem Vorbehalt der ordnungsgemäßen Datenübermittlung nach der Vereinbarung nach § 300 SGB V. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen dem Rechenzentrum und dem Apotheker mit einem Rechtsmangel behaftet sind.

§ 8

Gültigkeit weiterer Bestimmungen

Soweit in dieser Vereinbarung keine besonderen Bestimmungen getroffen sind, gelten die Regelungen der Vereinbarung nach § 300 SGB V sowie der Arzneilieferungsvertrag für Nordrhein-Westfalen in der jeweils geltenden Fassung.

Anlage 4a

Arbeitsgemeinschaft
der Landesverbände der
Krankenkassen in Westfalen-Lippe

44261 Dortmund

Landesverband
der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen
Apothekenabrechnungsstelle

45117 Essen

Rechenzentrum
PLZ, Ort, Straße

IK:

Telefon-Nr.
Telefax-Nr.

Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beantragen hiermit die Teilnahme an der zentralen elektronischen Rezeptabrechnung. Wir erklären, die Vereinbarung über die zentrale elektronische Rezeptabrechnung in Verbindung mit der Datenaufbereitung und -übermittlung sowie Nacherfassung von Arztfelddaten einschließlich seiner Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils geltenden Fassung anzuerkennen und gegen uns gelten zu lassen.

Wir werden für folgende Apotheken abrechnen:

Name der Apotheke, IK der Apotheke, PLZ; Ort, Straße, Name des Apothekenleiters

Ort, Datum

Unterschrift

**Anlage 4b
Sammelrechnung**

Rechenzentrum
PLZ, Ort, Straße

IK:

Rechnungs-Nr.:

Name/Anschrift
der Krankenkasse
IK der Krankenkasse

Rechnungs-Datum:
abgerechneter Monat:
Telefon-Nr.:
Ansprechpartner:

Status-Gruppe	Anzahl der VO-Blätter	Brutto-Betrag	Rabatt (-)	Zuzahlung (-)	Nettobetrag
000					
100					
300					
500					
600					
650					
810					
830					
850					
890					
900					
Summen					

zuzüglich Vergütung für Imagebereithaltung
(XXXXXX Images x 0,022253 Euro ¹²)

zuzüglich Erstattung Mehraufwand/Vormonat für Nachbearbeitung
Arztfelddaten (XXX Zeichen x 0,0XX ¹³)

Rechnungsbetrag

+ / ./ Differenzen der Vormonate nach Anlage(n)

Zahlbetrag

Anlage

¹² Nettobetrag = 0,0187 Euro zzgl. MwSt.

¹³ Nettobetrag = 0,0XXX Euro zzgl. MwSt.

Anlage 4c
Abrechnungsbeträge je Apotheke

Anlage der Rechnung Nr. ____/ vom _____

IK-Apotheke	Anzahl der VO-Blätter	Brutto-Betrag	Rabatt (-)	Zuzahlung (-)	Netto-Betrag
IK 1					
IK n					

Anlage 4d

Vergütung der Nacherfassung

Die Krankenkassen zahlen nach § 4 Absatz 2 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 folgende Höchstbeträge jeweils zuzüglich Mehrwertsteuer:

Lesequote	98 - 100	v.H.	0,51 Cent
Lesequote	97	v.H.	0,43 Cent
Lesequote	96	v.H.	0,36 Cent
Lesequote	95	v.H.	0,26 Cent
Lesequote	94	v.H.	0,20 Cent
Lesequote	92 - 93	v.H.	0,15 Cent
Lesequote	90 - 91	v.H.	0,10 Cent
Lesequote	unter 90	v.H.	0,05 Cent.

Die Lesequote wird definiert als die Summe der erkannten und nicht zu korrigierenden Zeichen im Verhältnis zur Gesamtzahl der im Arztfeld zu lesenden und grundsätzlich zu erfassenden Zeichen in Prozent ohne Berücksichtigung der zu erfassenden und erfassten Zeichen auf Ordnungsblättern, die im Ersatzverfahren ausgestellt worden sind.

Rechenzentren, die eine kassenindividuelle Prüfziffernberechnung der Versichertennummer durchführen, haben Anspruch auf eine Lesequote, die eine Stufe über der erreichten Lesequote liegt, wobei das Feld „Ausstellungsdatum des Arztes“ bei der Berechnung der Lesequote nicht berücksichtigt wird. Das Rechenzentrum, das eine solche Prüfung durchführt, teilt dies der jeweiligen Krankenkasse mit.

Anlage 4e

Differenzzusammenstellung

Rechenzentrum IK

Kostenträger

IK-Nr. _____

Datum: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr. _____

1. Irrläufer

Beigefügte Verordnungsblätter (Originale) sind zu Lasten eines anderen Kostenträgers ausgestellt:

Abrechnungsmonat	IK der Apotheke	Anzahl der Rezepte	Gesamtbetrag der Absetzung

2. Rezepte, die der Abrechnung beilagen, aber nicht berechnet sind.

Der Abrechnung lagen _____ Stück Rezepte bei, die in der Abrechnung rechnerisch nicht erfasst waren. Diese reichen wir als Anlage im Original zurück.

Zusammenstellung Abrechnungsmonat _____

1. Summe Irrläufer	Euro _____
2. Keine Differenz	Euro _____
3. Summe Erfassungsfehler	Euro _____
4. Summe falsche Zuzahlung	Euro _____
5. Summe sonstige Beanstandungen	Euro _____
6. Summe Tax- und Taxrechenfehler	Euro _____
Gesamtab-/zusetzungsbetrag	Euro _____

Wir werden den Gesamtdifferenzbetrag mit der nächstfälligen Zahlung (Monat: _____) verrechnen.

Anlage 4f

Satzbeschreibung der Rezept-Begleitdatei

Verzeichnisstruktur

Die Lieferung der rechnungsbegleitenden Daten erfolgt auf CD-ROM im ISO 9660-Format oder auf DVD-R im UDF-Format mit ISO 9660-Kompatibilität. Die Verzeichnisstruktur ist wie folgt aufgeteilt:

1. Ebene: IK des Rechenzentrums (9-stellig)
 2. Ebene: Abrechnungsmonat (6-stellig JJJJMM)
 3. Ebene: IK der Krankenkasse (9-stellig)
 - je Apotheke eine Imagedatei im Multi-Tiff-Format
Dateiname: 9-stelliges IK der Apotheke + .TIF
 - je Apotheke eine Rezept-Begleitdatei im CSV-Format
Dateiname: 9-stelliges IK der Apotheke + .CSV

Zu jeder Apotheke existieren eine Multi-Tiffdatei und eine Rezept-Begleitdatei. Bei der Rezept-Begleitdatei handelt es sich um eine „CSV“-Datei. Datenelemente werden durch ein Semikolon (;) voneinander getrennt. Anstelle von Kann-Datenelementen, für die kein Inhalt vorhanden ist, ist das Semikolon (;) anzugeben. Satzende = CRLF (HEX =0D0A). Die Multi-Tiffdatei enthält alle Images der Apotheke zu der Krankenkasse und basiert auf den TIFF-Standards der Firma Aldus Cooperation in der Version 6 vom Juni 1993. Die Reihenfolge der Rezepte in der Rezept-Begleitdatei entspricht der aus dem Multi-Tifblock.

Rezept-Begleitsatz

Datenelement-bezeichnung	Anz. Stell.	Dez. Stell.	Feld-Typ	Feld-Art	Inhalt/Erläuterungen
Bruttosumme	..12	2	N	M	Bruttogesamt des Rezepts z.B. 1234,56
Zuzahlung	..12	2	N	M	Gesamtbetrag Zuzahlung z.B.: 20,00
Versichertenstatus	5		A	M	Versichertenstatus lt. TA3 (Abschnitt 8.2.2) Ist der Versichertenstatus wegen Fehlens nicht von der Verordnung übertragbar, ist er mit „00000“ zu schlüsseln. Ist nur die erste Stelle des Versichertenstatus angegeben, sind die restlichen Stellen mit "0000" zu übermitteln. Ist der Versichertenstatus nur zweistellig auf der Verordnung angegeben (z. B. 11), sind 3 Nullen zwischenzusteuern (z. B. 10001).
BVG-Kennzeichen	1		AN	K	6 = Ja Das Datenelement ist zu belegen, falls das entsprechende Feld auf der Verordnung angekreuzt ist.
Statusgruppe Verord.	1		AN	K	8 = Impfstoff, 7 = Hilfsmittel Zu übermitteln, falls entsprechende Felder auf der Verordnung angekreuzt wurden
Sprechstundenbedarf	1		AN	K	9 = Sprechstundenbedarf
Verordnungszeile 1					
Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V	7 oder 10		AN	K	Pharmazentralnummer, Hilfsmittelnummer oder Sonderkennzeichen nach der Technischen Anlage 1 (es sind nur die Ziffern 0 bis 9 zulässig)
Anzahl Einheiten	..6		N	K	Mengenfaktor lt. Verordnung Leerstelle in '1' umsetzen
Einzelbetrag	..9	2	N	K	Einzelpreis des verordneten Mittels lt. Verordnung
Apothekenrabatt	..12	2	N	K	Apothekenrabatt zur Verordnung
Herstellerrabatt	..12	2	N	K	Herstellerrabatt zur Verordnung
Großhändlerrabatt	..12	2	N	K	Großhändlerrabatt zur Verordnung
Verordnungszeile 2 ... Verordnungszeile 9					

Anlage 5

ERKLÄRUNG

Ich/Wir bin/sind für meine/unsere Apotheke

Name der Apotheke: _____

Apothekeninhaber: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

aufgrund des Vertrages vom _____ zur Teilnahme an der Versorgung der Versicherten be-
rechtigt.

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass ich/wir das Rechenzentrum/die Abrechnungs-stelle

Firma/Herrn/Frau _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

vom _____ an ermächtige(n), sämtliche von mir/uns nach den Bestimmungen dieses
Vertrages für Versicherte der von den Landesverbänden vertretenen Kassenarten erbrachten Leis-
tungen mit schuldbefreiender Wirkung mit den leistungspflichtigen Krankenkassen abzurechnen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Apothekers

Wir erklären uns bereit, die Abrechnung nach den Bestimmungen des Vertrages vom
_____ in der jeweils gültigen Fassung vorzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Rechenzentrums/
der Abrechnungsstelle